

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

DE L'ÉLECTROLYSE INTERSTITIELLE CUPRIQUE  
DANS L'OZÈNE

PAR

A. GOUGUENHEIM

et

E. LOMBARD

Médecin de l'Hôpital Lariboisière

Interne des Hôpitaux

(Travail de la clinique oto-laryngologique de l'Hôpital Lariboisière).

I

Déjà introduite dans la thérapeutique par Gautier, cette méthode fut appliquée par Cheval à Bruxelles avec un grand succès. En 1895, il annonça 91 % de guérisons par une seule séance. Expérimentée depuis par différents observateurs, l'électrolyse cuprique dans l'ozène a rencontré de chauds partisans et d'ardents détracteurs. Il est certain que la méthode a en elle-même une grande valeur. Les résultats obtenus sont remarquables, surtout si on les compare à ces améliorations momentanées que procurent les autres traitements. Il serait sans doute exagéré de prétendre *guérir en une seule* séance un ozène atrophiant bien caractérisé, et tenace. Mais des applications plus ou moins multipliées du courant continu amènent chez le plus grand nombre des malades la disparition presque complète de la fétidité. L'opération est-elle dangereuse ? On ne saurait proclamer sa complète innocuité, car on note souvent après des séances un peu prolongées d'électrolyse des maux de tête, des névralgies dentaires, de la douleur péri-orbitaire. On a observé des accidents du côté de l'oreille. On a cité un cas mortel ; mais les troubles généraux qui ont été signalés sont bien loin d'atteindre en fréquence et en intensité les phénomènes graves consécutifs aux injections de sérum. D'ailleurs, si l'on excepte la syncope qui peut survenir au cours de l'opération la mieux réglée, presque tous les accidents décrits sont

d'assez courte durée et sans sérieuses conséquences. Toutefois certaines fautes opératoires peuvent devenir l'origine de complications très fâcheuses.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'intensité à donner au courant. Les uns ne dépassent pas 8 milliampères et restent même au-dessous. D'autres vont jusqu'à 10, 12, 15 et même 20 milliampères. A notre avis c'est là une intensité beaucoup trop considérable. Nous avons rarement dépassé 12 à 14 milliampères et seulement chez des adultes. De même il nous a paru inutile de prolonger au delà de dix à douze minutes le passage du courant. Les résultats ne sont pas sensiblement différents si l'on dépasse quinze minutes. Il nous a paru préférable aussi de ne pas établir de règle précise et de nous guider sur la tolérance particulière de chaque malade ; d'une façon générale l'intensité peut varier entre 8 et 12 milliampères et la durée entre dix et douze minutes. Exceptionnellement, nous avons dû interrompre l'opération au bout de quatre ou cinq minutes. Les fosses nasales seront cocaïnisées avec soin ; mais l'anesthésie ainsi obtenue (badigeonnage) est superficielle et ne sert qu'à faciliter l'implantation des aiguilles. Elle ne saurait en aucun cas diminuer la douleur d'une manière appréciable. Celle-là est toujours vive surtout au début.

Les résultats ne sont pas immédiats. Il faut trois à cinq jours pour constater la diminution de la fétidité. Les croûtes sont alors moins adhérentes, se détachent avec plus de facilité. Quelquefois elles persistent et ne deviennent de plus en plus rares qu'après la quatrième ou la cinquième séance ; quant à la durée du bénéfice acquis elle est variable. Nous avons pu revoir certains de nos malades un ou deux mois après l'application du traitement et constater la permanence de la guérison ou de l'amélioration obtenue. Toutefois, il n'est pas possible de préciser le nombre exact de séances nécessaires. Une séance unique est presque toujours insuffisante et nous ne saurions souscrire entièrement à l'opinion trop optimiste de quelques opérateurs. Dans tous les cas, il est très rare d'avoir à faire subir au malade plus de six à sept applications. Les ozènes des sujets jeunes sont plus longs et plus difficiles à améliorer. C'est chez des adultes entre 18 et 30 ans que les résultats fa-

vorables se sont manifestés avec la plus grande rapidité. Il est bien évident que nous n'entendons ici nous occuper que du traitement de l'ozène atrophiant, vrai, et non des pseudo ozènes (sinusites, syphilis) qui relèvent d'une thérapeutique entièrement différente.

Par quel mécanisme, l'affection est-elle modifiée ? On sait la théorie qui attribue à la formation d'oxychlorure de cuivre dans les tissus, au voisinage de l'aiguille positive, l'action bienfaisante de la méthode. Rien ne démontre cependant que l'ozène soit une affection microbienne primitive bien qu'on ait constaté dans les fosses nasales des ozéneux, la présence à peu près constante du *cocco bacille* de Lœwenberg, et celle un peu moins fréquente du bacille de Belfanti. Tout porte à croire que l'ozène est une trophonévrose et que l'électrolyse agirait en stimulant les fonctions de nutrition des éléments anatomiques. Ajoutons que cette hypothèse très séduisante, attend encore une démonstration irréfutable.

## II

Le manuel opératoire que nous avons adopté ne diffère pas de celui qui a été employé par MM. Capart et Cheval. Toutefois il ne nous paraît pas inutile de le résumer ici. Le courant continu peut être fourni par une batterie au bisulfate de mercure, ou une batterie Leclanché de dix-huit à vingt éléments au maximum. On peut se servir aussi d'accumulateurs. Le courant de secteur même considérablement réduit par un rhéostat nous paraît d'un usage peu commode. Nous avons utilisé un rhéostat de Gaiffe, mais celui de Bergonié est certainement préférable. D'une façon générale, il est indispensable de disposer d'un rhéostat bien construit, capable de faire varier l'intensité d'une façon très lente et continue. L'introduction brusque d'un ou de plusieurs éléments dans le circuit peut déterminer une syncope et s'accompagne d'une vive douleur dans tous les cas. On ne saurait se passer d'un milliampèremètre donnant des indications jusqu'à 25 ou 30 milliampères.

Les aiguilles ont de 12 à 15 centimètres de longueur. L'une est en cuivre rouge très pur, bien décapée et d'un diamètre de

1 millimètre  $1/2$  au moins. La pointe ne doit pas être trop effilée, elle plierait et se tordrait avec facilité au moment de l'introduction. L'aiguille d'acier plus rigide peut être d'un diamètre un peu inférieur. Nos aiguilles sont munies d'un ajutage qui permet de fixer solidement les fils conducteurs. Elles sont, bien entendu, flambées et aseptisées dans une solution phéniquée forte. L'opérateur doit avoir à sa portée un petit maillet de bois qui peut devenir indispensable pour faire pénétrer l'aiguille positive en plein cornet moyen.

*Opération.* — On peut opérer le malade assis ou couché ; on peut même opérer plusieurs malades à la fois. Chez les sujets pusillanimes, il est préférable de conseiller la position couchée. On s'expose moins à la syncope qui peut dépendre aussi bien du passage du courant dans une région très riche en nerfs que de la douleur même. Nous avons opéré une fois sous le chloroforme. Toutefois, à la clinique, presque tous nos malades ont subi les séances d'électrolyse assis et nous n'avons eu à noter que deux ou trois fois des vertiges ou un état syncopal. Il est de toute nécessité de procéder à un nettoyage complet des fosses nasales à l'aide de la seringue. Les croûtes trop adhérentes sont détachées à la pince.

Un tampon d'ouate imbibé de la solution de chlorhydrate de cocaïne au  $1/5$  ou au  $1/10$  (enfants) est introduit jusqu'au contact du cornet moyen et laissé cinq minutes en place.

Pour éviter toute « fausse route » de l'aiguille positive il faut avoir soin au moment de l'introduction dans le cornet moyen de faire baisser légèrement la tête du malade tout en relevant autant que possible l'extrémité de l'aiguille qui recevra le fil conducteur. En d'autres termes, on ne doit *jamais* enfoncer l'aiguille de bas en haut mais bien dans une direction presque horizontale, tout au moins en essayant de suivre le bord inférieur du cornet moyen. Ce temps est délicat. C'est en somme la manœuvre difficile de l'opération. On peut la rendre plus aisée en opérant de la façon suivante. Le spéculum étant mis en place, l'aiguille est enfoncée de quelques millimètres dans le cornet (tête ou bord inférieur). On abandonne le spéculum et l'on relève avec le pouce de la main gauche le lobule du nez de manière à présenter en avant l'orifice de la narine.



On achève à ce moment d'enfoncer l'aiguille. Cette dernière ne doit pas pénétrer au delà de 2 centimètres  $1/2$  chez l'enfant, 3 à 4 centimètres chez l'adulte.

L'aiguille négative se fixe avec la plus grande facilité soit dans le cornet inférieur, soit dans une crête de la cloison. Nous n'avons jamais fixé l'aiguille positive à droite et la négative à gauche comme le font quelques opérateurs.

Chez l'ozéneux, le cornet moyen est souvent atrophié à un point tel qu'on aperçoit son bord inférieur comme tranchant. Dans ce cas il semble difficile de pouvoir assujettir solidement l'aiguille positive entre la muqueuse et l'os. Il ne faut pas hésiter alors à l'enfoncer en plein cornet en s'aidant au besoin du maillet.

Les aiguilles en place sont isolées l'une de l'autre avec soin. On y parvient sans difficulté en glissant sur la partie non fixée dans les tissus, un petit drain de caoutchouc, d'une longueur et d'un diamètre suffisants. On adapte ensuite les fils conducteurs, pôle positif au cuivre, pôle négatif à l'acier et on fait passer le courant en augmentant très lentement son intensité de 0 à 8, 10, 12, 14 milliampères. Il est inutile de dépasser 15 milliampères. Nous avons remarqué que la douleur assez vive au début du passage du courant s'atténuait très sensiblement au bout de quelques minutes, bien que l'intensité n'ait pas varié ; le fait paraît en rapport avec la formation de l'eschare autour de l'aiguille et la destruction rapide des minces ramuscules nerveux qui entourent cette dernière. Dans nos observations, on peut se rendre compte que nous n'avons jamais fait passer le courant pendant plus de huit à dix minutes. On pourrait prolonger l'application pendant vingt minutes, mais il ne nous a pas semblé qu'il y avait là un avantage bien notable.

Donc, au bout de dix minutes, on ramène progressivement le milliampèremètre au zéro en manœuvrant le rhéostat lentement ; on intervertit les pôles soit à l'aide d'un commutateur, soit simplement en fixant à l'acier le pôle positif et au cuivre le pôle négatif par un simple changement de fils ; on ramène ensuite le milliampèremètre à 10 ou 12 divisions, pendant une, deux ou trois minutes. On revient au zéro de l'instru-

ment et on enlève les aiguilles. L'opération est terminée. Il est prudent de faire un tamponnement très peu serré de la fosse nasale à l'aide d'une mèche iodoformée qui sera laissée six à huit heures en place.

Aussitôt après l'application du courant, on peut voir au point même d'implantation de l'aiguille positive une eschare noirâtre de 3 à 4 millimètres de diamètre, circonscrivant la trace de la piqure. L'eschare qui correspond à l'aiguille d'acier est blanche et ne diffère en rien de celles que l'on est habitué à constater après les séances d'électrolyse nasale sur la cloison ou les cornets.

### III

Si elle ne donne pas des résultats toujours infaillibles, la méthode présente-t-elle des inconvénients graves ? A croire ses détracteurs on aurait observé des accidents sérieux. Dans une communication récente, Braat (La Haye, 1898) affirme n'avoir pu continuer le traitement chez une fillette de 6 ans en raison d'accidents cérébraux (vertiges, nausées, lourdeur de tête) apparus après l'emploi d'un courant de 4 à 6 milliampères. Chez deux malades le même auteur a constaté ultérieurement une sinusite.

Nous ne pouvons nier que cette méthode offre certains dangers. Mais parmi les accidents signalés il convient d'établir deux classes ; les uns sont indépendants de l'habileté de l'opérateur, les autres paraissent imputables à des fautes opératoires.

On peut en effet, dès le début de la séance, observer du vertige et même la syncope. La douleur, la pusillanimité du malade, plus souvent peut être encore le seul passage du courant électrique sont susceptibles d'entraîner la syncope. Les chances de la voir apparaître seront diminuées certainement en opérant le malade couché, chaque fois que l'on sera conduit à la redouter. Nous l'avons observée et toujours sans conséquences graves. L'opération a été remise à un autre jour.

La douleur est quelquefois très vive. Ce sont des névralgies dentaires, irradiées aux incisives, parfois à toutes les dents de la mâchoire supérieure. On signale et nous l'avons constatée

une douleur périorbitaire vive accompagnant la névralgie dentaire ou se montrant isolément. Ce sont là des phénomènes qui ne persistent pas en général et cessent dès la fin de l'opération. Il n'est pas fréquent de les voir durer un ou deux jours. La céphalalgie dans les quelques heures qui suivent le passage du courant est plus commune.

Jamais nous n'avons eu à lutter contre un suintement sanguin inquiétant après l'ablation des aiguilles. L'hémorragie, si elle apparaît, s'arrête facilement par un tamponnement très léger à la gaze iodoformée. Elle se manifeste surtout dans les cas où l'on a négligé d'intervertir les pôles avant de retirer les aiguilles. L'aiguille positive profondément oxydée devient en effet rugueuse et elle déchire les tissus ou les entraîne au moment de son ablation. Il faut avoir la précaution de la faire tourner deux ou trois fois sur son axe entre le pouce et l'index avant de la tirer à soi. Elle vient alors sans résistance et l'hémorragie est tout à fait insignifiante.

Mais il est des accidents qui nous semblent certainement imputables à des fautes opératoires. Nous avons signalé la direction presque horizontale à donner à l'aiguille de cuivre. Il est incontestable que, brutalement introduite de bas en haut la pointe aura les plus grandes chances d'atteindre la lame criblée. Il est inutile d'insister sur les dangers d'une opération ainsi conduite. Il faudrait d'ailleurs que la direction de l'aiguille se rapproche beaucoup de la direction verticale pour léser la lame criblée. Si l'on se rapporte à une coupe antéropostérieure des fosses nasales, on se rendra compte que, même introduite obliquement et le cornet moyen traversé suivant sa diagonale, l'extrémité de l'aiguille buttera sur le sphénoïde résistant.

Il est nécessaire aussi, que cette aiguille se trouve dans un plan très sensiblement parallèle au plan sagittal, sinon on risquera d'intéresser l'ethmoïde *en dehors*, de pénétrer dans les cellules ethmoïdales, ce qui n'est pas sans inconvénients quand on opère dans une fosse nasale malade, milieu peu aseptique.

Enfin, on pourrait encore commettre une faute moins grave certes, par ses conséquences immédiates, mais tout aussi sérieuse dans l'avenir. L'aiguille d'acier peut se fixer dans la

trompe après avoir dépassé le cornet inférieur. En réalité, il suffit de signaler la possibilité de cet accident pour l'éviter.

Les aiguilles étant bien isolées du vestibule nasal par leur drain de caoutchouc, on n'observera jamais d'eschare dans cette région.

On se gardera avec le plus grand soin de toute interruption brusque dans le circuit et des courts circuits.

Dans ce cas, l'apparition d'une syncope serait due sans conteste à cette faute opératoire.

En résumé, les accidents vraiment inquiétants ne sont pas fréquents, et l'électrolyse interstitielle cuprique, sans être absolument inoffensive, est une méthode thérapeutique qui compte à son actif des améliorations considérables.

#### IV

Nous avons traité à la clinique de l'Hôpital Lariboisière trente malades ; neuf ont été perdus de vue après deux ou trois séances et il est impossible de savoir si les résultats acquis se sont maintenus. Deux fois nous avons dû interrompre le traitement à cause de la pusillanimité des malades. Nous présentons ici sept observations qui nous paraissent surtout intéressantes. Des douze autres malades, cinq ont été revus un mois après la cessation du traitement, ils étaient en voie d'amélioration. Les six autres n'ont actuellement été soumis qu'à une seule application du courant, et il serait prématuré de les considérer comme guéris.

OBSERVATION I. — Gr... Hélène, 24 ans. Le début paraît remonter à l'âge de 12 ans, la malade mouchait beaucoup : liquide mucopurulent non fétide. La fétidité s'est développée ensuite. Croûtes. Epistaxis fréquentes depuis 5 ou 6 ans. L'abondance des croûtes, l'apparition d'une céphalalgie frontale tenace a décidé la malade à consulter. On ne note rien de particulièrement intéressant dans les antécédents héréditaires. Elle n'a pas connu son père. La mère, 53 ans, est bien portante. Comme affections antérieures on nous signale une rougeole à 10 ans ; la varicelle à 11 ans, la diphtérie (?) vers 4 ans.

EXAMEN. — Pas de déformation nasale. On remarque une atrophie considérable des deux cornets inférieurs. Les cornets moyens

sont volumineux, mais sans hypertrophie. La muqueuse est pâle; les croûtes surtout abondantes vers la partie postérieure des fosses nasales et difficiles à détacher. Le pharynx nasal présente des plaques de pharyngite atrophique.

22 juin. — 1<sup>o</sup> Séance d'électrolyse à droite : 14 milliampères pendant 10 minutes sont très bien supportés. Névralgie dentaire assez vive qui ne disparaît pas après l'opération. Inversion des pôles et 10 milliampères pendant 2 minutes. Les aiguilles sont retirées avec facilité. Pansement iodoformé.

24 juin. — La malade est revue le 24 juin. Du côté droit, on aperçoit nettement sur le cornet moyen la trace de la piqûre. Le cornet moyen est rouge, ainsi que la muqueuse de la cloison. Il y a moins de croûtes, celles qui restent se détachent beaucoup plus facilement dit la malade.

22 juillet. — Les croûtes étant abondantes et adhérentes à gauche, la malade réclame une nouvelle intervention. Nous constatons que la fétidité a considérablement diminué, fait confirmé par la mère. 2<sup>me</sup> séance. Cette fois-ci à gauche : 14 milliampères pendant 10 minutes. Inversion pendant 2 minutes.

24 juillet. — Peu de réaction de ce côté, mais de l'autre, toute la muqueuse a un aspect rosé bien nettement, différent de celui qu'il présentait au début.

4<sup>or</sup> septembre. — La malade a continué ses lavages. Elle n'est gênée actuellement que par les croûtes qui se forment toujours avec abondance, surtout en arrière. Elle présente un peu de rauçité de la voix et à l'examen laryngoscopique la région aryténoïdienne est rouge et légèrement tuméfiée entre les deux cartilages. Badigeonnage du pharynx nasal avec la glycérine iodo iodurée. La fétidité est tellement diminuée que la malade se croit entièrement guérie. Nous l'engageons cependant à continuer les irrigations nasales détersives.

15 septembre. — L'amélioration persiste. Plus de fétidité. Les cornets moyens des deux côtés sont rouges et tuméfiés.

RÉSUMÉ. — Il s'agissait d'un cas d'ozène atrophiant type. Deux séances, une de chaque côté, paraissent avoir suffi à faire disparaître la fétidité. Il est juste de dire que la malade est âgée de 24 ans.

OBS. II. — Joann... Paul, 14 ans. — Est amené par son père, le 31 janvier pour une affection nasale datant de la première enfance. L'enfant aurait mouché beaucoup autrefois ; mais depuis deux ans le nez est sec et le matin il ne parvient qu'à grand

peine à se débarrasser des croûtes qui encombrant les fosses nasales. Depuis plusieurs mois, il est soumis aux irrigations nasales avec de l'eau salée. La fétidité est extrême. Le père est bien portant et ne signale aucune tare pathologique. La mère est morte tuberculeuse, il y a 5 ans. L'enfant n'a jamais été malade.

EXAMEN. — Le nez présente l'aspect caractéristique et partout décrit. Après nettoyage des fosses nasales, on voit les deux cornets inférieurs très atrophiés réduits à l'état de minces bandelettes. Les cornets moyens atrophiés laissent apercevoir facilement les méats moyens. Lésions de pharyngite sèche, un peu d'hypertrophie de l'amygdale gauche.

2 février. — Cocainisation et application du courant continu à droite. L'intensité au début n'est que de 8 milliampères que nous poussons jusqu'à 10 milliampères. Durée: 10 minutes, inversion des pôles. Très léger suintement sanguin.

6 février. — Du côté droit on découvre nettement les piqûres de la précédente séance. Application à gauche; 8 à 10 milliampères pendant 10 minutes et inversion des pôles. L'opération est très bien supportée.

10 mars. — Amélioration manifeste. Cependant, l'odeur persiste bien qu'atténuée. Le malade mouche avec plus de facilité et se débarrasse plus aisément de ses croûtes.

18 mars. — Même état. Nous jugeons une nouvelle application nécessaire et nous commençons par le côté droit; peu de réaction douloureuse. Le 25 mars nous renouvelons l'opération à gauche. L'intensité n'a pas dépassé 10 milliampères et la durée 10 minutes.

14 avril. — La fétidité est atténuée, mais n'a pas disparu d'une façon complète. Les croûtes beaucoup moins abondantes sont petites et se détachent aisément. Le malade voudrait supprimer les irrigations disant: « qu'il n'en a plus besoin », nous les maintenons.

20 avril. — Nouvelle application à droite de 8 à 10 milliampères. Le 25, même opération à gauche. Le 30 avril, l'examen nous permet de constater une modification très nette de l'aspect de la muqueuse. Les cornets moyens sont rouges, au niveau de la tête surtout; la muqueuse des cornets inférieurs un peu tuméfiée et rosée. La partie postérieure des fosses nasales est tapissée de croûtes minces, petites. A gauche seulement, quelques croûtes volumineuses et moutées.

2 juin. — Le malade revient à la consultation. Le père nous déclare que l'odeur est imperceptible et n'existe que le matin au réveil. Il réclame de nouvelles interventions, mais nous lui conseillons d'attendre. Nous revoyons le malade le 1<sup>er</sup> juillet. Il pa-

## L'ÉLECTROLYSE INTERSTITIELLE CUPRIQUE DANS L'OZÈNE 403

rait y avoir un peu d'odeur. A droite, séance tenante, nous faisons une application de 8 milliampères. Le 15 septembre, il ne semble pas y avoir eu de récive et les résultats obtenus se maintiennent.

**RÉSUMÉ.** — Ce malade (ozène atrophiant des plus nets) a subi 6 séances d'électrolyse dont 4 du même côté. Il paraît avoir retiré un très grand bénéfice de la méthode. Aucune complication ni accidents.

**OBS. III.** — Fren... Bl. 15 ans. — Cette malade a déjà subi un grand nombre de traitements. Cautérisations, lavages. Dernièrement, nous l'avons soumise à la méthode sérothérapique sans aucun résultat (Voir le début de notre observation dans le mémoire de 1897 : sérothérapie dans l'ozène). La fétidité qui disparaissait après l'injection de sérum ne tardait pas à se montrer de nouveau peu de jours après. Nous revoyons la malade le 4 avril 1898. Les fosses nasales sont toujours encombrées de croûtes. La fétidité est extrême.

**6 avril 1898.** — 1<sup>re</sup> séance d'électrolyse, à droite 10 milliampères, 10 minutes. Inversion et 10 milliampères pendant 3 minutes. Pansement iodoformé. L'opération ne provoque qu'une douleur passagère dans l'œil du même côté.

**10 avril.** — L'amélioration est manifeste. Les croûtes sont presque aussi abondantes. Mais la mère nous signale une diminution considérable de la fétidité.

**20 avril.** — Electrolyse à gauche : 10 milliampères pendant 10 minutes. Inversion ; 10 milliampères pendant 3 minutes. La réaction est très nette dans les jours qui suivent. Le cornet moyen est tuméfié et rouge.

**28 avril.** — La fétidité est très atténuée. La mère réclame une nouvelle intervention mais nous la différons.

**1<sup>er</sup> juin.** — Légère rechûte. La fétidité a reparu, mais beaucoup moins intense qu'avant le traitement. Les croûtes sont toujours assez abondantes et se détachent difficilement. Nouvelle application du courant continu à droite, 10 milliampères pendant 10 minutes et inversion de 3 à 4 minutes. Le 3 juin l'odeur existe à peine, cependant nous faisons une séance à gauche le même jour (10 milliampères).

**18 juillet.** — L'amélioration s'est maintenue jusqu'à ces derniers jours. Du côté droit, les croûtes sont toujours très abondantes et adhérentes. A gauche, la muqueuse est rouge, plus humide. Nouvelle application de 10 milliampères pendant 10 minutes à droite.

47 août. — Presque plus de fétidité. Les parents nous avouent que jusqu'à présent aucun traitement n'a aussi bien réussi.

20 septembre. — Les résultats obtenus semblent persister, et la fétidité est insignifiante malgré la présence des croûtes. Nous conseillons fortement de continuer les irrigations nasales alcalines.

Résumé. — Ozène atrophiant. Malade âgée de 15 ans. L'affection avait paru rebelle à toutes les médications. Nous avons fait trois applications de courant continu à droite et deux à gauche, chaque séance a duré 10 minutes. Intensité : 10 milliampères. L'amélioration est manifeste. La fétidité a presque disparu. La muqueuse paraît plus rouge, mais les croûtes persistent.

OBS. IV. — Kuc... Marguerite 15 ans. L'affection date de l'enfance. Depuis 3 ou 4 ans surtout les croûtes sont abondantes et la fétidité excessive. L'enfant salit 2 ou 3 mouchoirs par jour. Pas de maux de tête. Quelques épistaxis : Anosmie. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Fièvre typhoïde à 10 ans. Scarlatine à 11 ans. Ces deux affections ont guéri sans complications.

Examen. — Les deux fosses nasales sont encombrées de croûtes adhérentes, malgré les irrigations nasales auxquelles la malade est soumise depuis plus d'un an (3 lavages par jour). Après nettoyage à la pince et au porte-coton et seringage énergique, on découvre les deux cornets inférieurs complètement atrophiés. Les cornets moyens sont moins atteints : mais le droit est très mince et pâle. Le bord inférieur presque tranchant laisse à découvert tout le méat.

Pharyngite atrophique du cavum. Croûtes abondantes adhérentes.

21 mars. — Après cocaïnisation de la fosse nasale droite, on fait une application de 10 minutes de durée. Cuivre dans le cornet moyen, en plein cornet, acier dans le cornet inférieur 10 milliampères que l'on pousse à 14 milliampères sont parfaitement supportés. Douleurs dentaires et larmoiement. Pansement iodoformé.

22 mars. — On nous signale quelques maux de tête dans la soirée précédente.

10 avril. — Application à gauche, cuivre dans le cornet moyen, acier dans le cornet inférieur, ou mieux dans la mince bandelette qui en représente les débris ; 10 à 12 milliampères pendant 10 minutes et inversion pendant 2 minutes suivant la méthode employée. Pansement iodoformé. A droite, le cornet moyen est un peu



tuméfié et moins pâle. Il y a toujours des croûtes : mais il est difficile de savoir si la fétidité est moindre.

20 avril. — Diminution considérable de la fétidité. Croûtes moins abondantes, moins adhérentes. La muqueuse des deux côtés est un peu plus rosée. Seuls les cornets moyens sont notablement tuméfiés au niveau de l'extrémité antérieure. Nouvelle séance, à droite 14 miliampères pendant 10 minutes et inversion de 2 à 3 minutes.

15 mai. — La fétidité est très diminuée, les croûtes se détachent avec plus de facilité. Cependant, une deuxième application à gauche est faite le jour même, 14 milliampères pendant 10 minutes.

15 juin. — L'amélioration se maintient.

RÉSUMÉ. — Nous avons fait 4 applications, 2 à droite, 2 à gauche. Elles ont été très bien supportées et les résultats ont paru très appréciables surtout en ce qui concerne la disparition presque complète de la fétidité.

Obs. V. — Bourg... Auguste, 43 ans se présente le 11 mars à la consultation pour une affection du nez datant, dit-il, de fort longtemps. Il mouche des croûtes surtout du côté gauche et a perdu l'odorat. Pas de maux de tête, ni d'épistaxis. Il se décide à consulter à cause de la fétidité qu'il répand autour de lui et qui lui a été signalée. Rien à noter dans les antécédents. Rougeole à 10 ans.

Examen. — A gauche, le cornet inférieur est atrophié mais la muqueuse n'est pas décolorée comme on le signale dans la majorité des observations. Le cornet moyen est un peu hypertrophié surtout au niveau de la tête. Toutefois, on découvre avec facilité le méat. Les croûtes moulées sont surtout abondantes en arrière et dans le pharynx nasal. A droite, les lésions paraissent moins étendues. Le cornet inférieur offre une apparence presque normale. Des mucosités abondantes mêlées de croûtes caractéristiques encombrement la fosse nasale de ce côté.

A cause de l'unilatéralité de la lésion ou mieux de sa prédominance à gauche, nous pensons à une sinusite maxillaire. L'éclairage de la face par transparence ne donne aucun résultat : Pas d'opacité. L'examen bactériologique pratiqué extemporanément confirme le diagnostic d'ozène vrai. On trouve, en effet, en grand nombre le microbe de Lœwenberg et le bacille de Belfanti.

15 mars. — Electrolyse à gauche : 15 milliampères sont très bien supportés pendant 10 minutes. Cuivre dans le cornet moyen

en plein cornet, acier dans le cornet inférieur. Inversion. Pansement iodoformé. Le malade revu le lendemain n'accuse que quelques maux de tête et une névralgie dentaire qui a persisté pendant toute la nuit.

25 mars. — La fétidité a déjà diminuée ; les croûtes toujours abondantes ne se détachent qu'à grand-peine par des lavages réitérés.

15 avril. — Amélioration très marquée ; il existe encore un peu d'odeur mais elle est très atténuée. De plus, le malade mouche plus facilement. Il ne fait plus qu'une seule irrigation nasale, le matin.

20 avril. — Electrolyse cuprique du même côté, 15 milliampères pendant 10 minutes et inversion.

10 mai. — Le cornet moyen est rouge et paraît très tuméfié. Les croûtes sont petites et surtout accumulées en arrière. Il n'y aurait plus d'odeur et le malade se déclare guéri. Nous ne l'avons pas revu depuis.

RÉSUMÉ. — Deux applications de 15 milliampères paraissent avoir impressionné très favorablement l'affection. Il est impossible de dire si le résultat s'est maintenu, le malade ne s'étant pas représenté à la clinique.

OBS. VI. — Rimas... Angelina, 15 ans ; affection datant de l'enfance. Croûtes abondantes, céphalalgie assez fréquente, frontale ; fétidité excessive. La mère était atteinte d'ozène, paraît-il et morte à 35 ans. Le père, 50 ans, bien portant ne sait que peu de détails sur les antécédents pathologiques de la malade. Elle aurait eu la rougeole vers 6 ans, la diphtérie à 9 ans.

Examen. — Le nez n'offre pas l'aspect du nez ozéneux. Les lésions sont très accusées des deux côtés. Cornets inférieurs très atrophiés, surtout le gauche.

11 février. — Après nettoyage de la fosse nasale gauche et co-cainisation, nous faisons une séance d'électrolyse : 8 milliampères sont bien supportés ; 10 milliampères causent une douleur insupportable irradiée aux incisives supérieures. Durée 10 minutes. Inversion pendant 3 minutes.

14 février. — La malade a eu de la céphalalgie sus-orbitaire la nuit et le lendemain. Les croûtes se détachent aisément et sont bien plus facilement entraînées par le liquide du lavage.

18 février. — Séance à gauche : 10 milliampères ; 10 minutes. Un peu de douleur péri-orbitaire, larmoiement. La malade ne revient que le 28 avril, la fétidité très atténuée a cependant un peu

reparu. Il y a peu de modifications dans l'état local sinon un peu d'injection et de tuméfaction du cornet moyen gauche.

28 avril. — Séance à droite. Même intensité de courant (10 milliampères) pendant 10 minutes. Pas d'incident.

30 avril. — La malade mouche beaucoup. Il y a peu de croûtes du côté droit. Elles se détachent très facilement.

Nous la perdons de vue jusqu'au 25 juin. A cette époque elle revient de la campagne. La fétidité n'a pas reparu.

RÉSUMÉ. — 3 applications de courant continu, l'une de 8 milliampères, les deux autres de 10 milliampères ont amené la disparition pour ainsi dire totale de la fétidité. La méthode semble avoir parfaitement tenu ses promesses. Il ne faut pas oublier que la malade est jeune et atteinte d'ozène atrophiant des mieux caractérisés.

obs. VII. — Luq... Henri, 18 ans, est amené par sa mère à la consultation. On l'a déjà congédié de plusieurs ateliers à cause de son affection. La fétidité est extrême, croûtes abondantes obligeant le malade à des efforts considérables pour s'en débarrasser. Soumis depuis 6 mois aux irrigations nasales alcalines et antiseptiques. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels, diphthérie à 3 ans. L'ozène est devenu manifeste surtout depuis 2 ou 3 ans.

8 mars. — Nettoyage, cocaïnisation de la fosse nasale gauche qui nous offre l'aspect classique des lésions ozéneuses. Cornet inférieur presque confondu avec la paroi sinusienne, cornet moyen réduit à une mince bandelette tranchante. A droite, les tissus sont moins atrophiés. La tête du cornet moyen est bien visible et le cornet inférieur moins atrophié. Le malade supporte 12 milliampères pendant 10 minutes. Il accuse une violente névralgie dentaire et un peu de vertige au moment de la rupture du courant.

10 mars. — La névralgie dentaire a duré toute la nuit qui a suivi l'opération. Le malade montre un liquide séreux ou séropurulent. L'examen montre le cornet moyen du côté opéré, tuméfié au niveau de la tête. Il a complètement perdu l'aspect mince et atrophique que nous avions remarqué.

20 mars. — Les croûtes sont beaucoup moins abondantes à gauche. Le malade se refuse à une nouvelle application du courant à cause de la douleur. Nous arrivons à le convaincre. Séance à droite, 10 milliampères pendant 10 minutes. Douleur péri-orbitaire et larmoiement.

22 mars. — Amélioration. La fétidité est moins grande. Toute-

fois nous conseillons de continuer les irrigations nasales avec de l'eau salée.

28 avril. — L'amélioration a persisté. Le malade est encore gêné par ses croûtes.

17 août. — Un peu de récurrence. Nous proposons une nouvelle application. Elle est acceptée, 12 milliampères à gauche pendant 10 minutes. Inversion : Un peu de douleurs au niveau des incisives supérieures.

18 août. — La névralgie dentaire n'a pas persisté.

22 septembre. — L'état local est peu modifié. Cependant la muqueuse est plus vasculaire et plus humide. Le cornet moyen gauche reste tuméfié légèrement. L'amélioration est au dire du malade et de sa mère considérable. La fétidité est à peine perceptible, même le matin au réveil. Il ne mouche plus de croûtes que tous les 3 ou 4 jours.

Résumé. — Le malade a subi trois séances d'électrolyse et l'amélioration est considérable, nous conseillons à Luq... de revenir dans le courant du mois d'octobre. Un mois après la dernière séance (18 août, 22 septembre) on n'a pas constaté de récurrence. Il est difficile d'attribuer aux seules irrigations une telle modification surtout si l'on se rappelle que le malade en faisait depuis 6 mois, sans résultat, avant d'être soumis à l'électrolyse.

## V

Des essais que nous avons tentés nous pouvons à l'heure actuelle dégager les conclusions suivantes. L'électrolyse cuprique interstitielle a une action certaine et évidente sur les lésions de l'ozène et leurs manifestations. Elle amène la disparition de la fétidité. Le mécanisme de son action est difficile à déterminer. Le rôle que l'on a fait jouer à la formation de l'oxychlorure de cuivre est douteux. Les bons résultats obtenus semblent persister longtemps sans qu'il soit possible d'affirmer qu'ils seront tout à fait définitifs. Il ne faut pas exagérer les dangers de la méthode. Les accidents sont rares si l'on adopte une bonne technique et s'il n'y a pas de faute commise au cours de l'opération.

BIBLIOGRAPHIE

CHEVAL, 1896. — Traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle. *Rev. intern. d'Electrothérap.*, 1896.

CHEVAL, 1895. — Traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle. *J. d. méd. chir. et pharmac.*, Bruxelles, 1895, 335 — 391.

HUGUES (Paul), 1897. — De l'ozène vrai et de son traitement par l'électrolyse interstitielle cuprique, Lyon. 8° 118 p. (2 S. n° 84) 1897.

CHEVAL, 1895. — Traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle. *Presse méd. Belge*, Bruxelles, 1895, XLVII, 193-195.

GOZEVEK (L), 1897. — *Ozène traité par l'électrolyse Vrach*, Saint-Pétersbourg, 1897, XVIII, 1145.

HENDELSON (M), 1897. — *Über ozæna und ihre Behandlung mit cuprischer interstitieller Electrolyse Monatschr. f. Ohrenh*, Berlin, 1897, XXXI, 330-342.

BAYER, 1896. — De l'ozène, son étiologie et son traitement par l'électrolyse. *Rev. hebdom. de laryngolog.*, Paris, 1896, XVI, 641-660.

BRINDEL, 1897. — Traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle. *Rev. hebdom. de laryng.*, Paris 1897, XVII, 993.

BRINDEL, 1897. — *Id.* *Rev. hebdom. de laryng.*, Paris 1897, XVII, 1026.

BRINDEL, 1898. — Traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle. *Rev. internat. de laryngol.*, Paris 1898, VIII, 238-263.

RÉTHI (L), 1898. — Du traitement électrolytique de l'ozène. *Rev. internat. de Rhinol. otol. laryng.*, Paris 1898, VIII, 225-230.

BAYER, 1896. — *Ueber ozæna: ihre étiologie und Behandlung vermittels der Electrolyse (München med. Wochenschr.*, 1896, XLIII, 774).

BUYS, 1897. Traitement de l'ozène par l'électrolyse cupr. (Rap). *Rev. internat. de rhinolog.*, Paris, 1897, VII, 504-507.

RETHI (L), 1897. — *Die Heilung der ozæna mittelst Electrolyse*. *Wien Klin Rundschau*, 1897, XI, 155-157.

THOMAS, 1897. — Traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle cuprique. *Marseille méd.*, 1877, XXXIV, 330-344.

H. HICHT. — Sur l'ozène. *Münchener med. Woch.* n° 7, 1898.

H. BRAAT. — Traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle. (6<sup>e</sup> réunion de la Société néerl. de Laryngol. La Haye, mai 1898.

## II

### DE LA COURBURE AUTOMATIQUE A DISTANCE DES ANSES FLEXIBLES

APPLICATION A UN SERRE-NOEUD POUR ABLATION DES QUEUES  
DE CORNET

Par le Dr G. **MAHU**.

(Travail du service oto-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine.)

L'hypertrophie des queues de cornet constitue une affection qui, étudiée depuis une dizaine d'années à peine, intéresse particulièrement le praticien par un ensemble de manifestations capricieuses et diverses, tant subjectives qu'objectives, et aussi à cause de la difficulté de la thérapeutique mise en œuvre pour en obtenir la guérison. Cette thérapeutique se réduit aujourd'hui à l'emploi de deux moyens qui ont l'un et l'autre pour but la destruction de l'hypertrophie : d'une part, l'électrolyse et la galvanocaustie, (transfixion de Ruault), et, d'autre part, l'ablation pure et simple à l'anse froide ou à l'anse chaude.

Des deux méthodes, on préfère généralement la seconde, parce qu'elle est plus rapide, plus radicale et moins dange-reuse.

Malheureusement l'ablation à l'anse, à l'aide des instruments employés jusqu'ici, est assez difficile en général et impossible dans bon nombre de cas. Il est en effet indispensable, pour pouvoir extirper une tumeur à implantation parallèle au plan de l'anse qui doit la saisir, de se trouver en présence de fosses nasales assez larges permettant de donner à la tige guide-anse une obliquité suffisante pour rendre possible la préhension. Or on sait combien il est rare de rencontrer des

fosses nasales de cette espèce chez un individu porteur de queues de cornet, cette affection se trouvant le plus souvent accompagnée de rhinite hypertrophique généralisée ou de crête de la cloison. Dans les cas non favorables on est obligé de recourir au procédé brutal et inélégant qui consiste à introduire un doigt dans le cavum du patient pour donner à l'anse la courbure nécessaire.

Un moyen mis en œuvre pour faciliter la préhension de la tumeur à l'aide du serre-nœud employé ordinairement consiste à donner à l'anse en fil d'acier, avant son introduction dans la fosse nasale, une certaine courbure, à droite ou à gauche suivant les besoins, courbure qui redressée momentanément durant le passage dans le nez, reparait lors de la sortie de l'anse dans le cavum, grâce à l'élasticité du fil.

De plus, comme l'a fait remarquer M. Courtade (<sup>1</sup>), « lorsque l'anse d'acier et le tube sont dans le même plan, la traction fait rentrer l'anse toujours dans ce même plan ; si au contraire on donne à l'anse une légère courbure commençant au niveau de l'extrémité du tube ou même plus loin et se continuant d'une façon régulière jusqu'au bout on constate qu'à mesure que l'anse diminue d'étendue, la courbe s'accuse de plus en plus, jusqu'à ce que l'anse réduite à un très faible parcours, son inclinaison par rapport à la direction du tube, diminue un peu. . . . . »

« Plus la concavité primitive est accusée plus l'inclinaison s'accroît jusqu'à une certaine limite, bien entendu, qu'il y a intérêt à ne pas dépasser. . . . . »

« Nous avons dit qu'il y a intérêt à ne pas donner une courbure exagérée à l'anse ; c'est que l'introduction de celle-ci dans les fosses nasales est d'autant plus difficile qu'elle est plus incurvée ; en effet lorsque l'anse est dans un plan vertical (comme pour l'ablation des queues de cornet) son ex-

(<sup>1</sup>) A. COURTADE. — « Fibro-myxome de la face supérieure du voile du palais. — Formation de l'anse froide latérale. — (*Annales des mal. de l'Or. du lar. du nez et du phar.* — T. XXIII, mai 1897, n° 5, page 457).

« trémité longe le cornet pendant que la partie la plus saillante  
« du dôme glisse sur la cloison si la courbure est très prononcée  
« ou, si la fosse nasale est très étroite ».

Ainsi donc la courbure que l'on peut préalablement donner à l'anse ne peut être que relativement faible à cause de la difficulté que l'on rencontrerait à la faire passer dans les fosses nasales de certains sujets et aussi parce que l'élasticité du fil a ses limites. De plus il faut remarquer que ce n'est qu'au fur et à mesure que l'anse diminue que la courbure augmente et que l'on ne pourra ainsi profiter d'une accentuation assez marquée de cette courbure que pour des queues de cornet d'un volume restreint, la grandeur de l'anse, au moment de son introduction dans les fosses nasales, ne pouvant dépasser certaine dimension.

Pour arriver à saisir sûrement les queues de cornet, ou tout autre tumeur implantée en n'importe quel point du cavum, quelle que soit la position de ces tumeurs et quel que soit leur volume, *il faudrait qu'une anse flexible, introduite droite dans l'une ou l'autre fosse nasale put se courber dans n'importe quelle direction, automatiquement et d'un angle suffisant, une fois arrivée dans le cavum.*

C'est à la solution de ce problème que nous avons travaillé, suivant en cela les conseils et les indications de notre maître, M. Lermoyez. Ce problème, nous croyons l'avoir résolu au moins en partie, grâce à la mise en pratique d'un appareil dont nous donnons plus loin le principe et la description.

Deux moyens se présentaient à l'esprit pour faire prendre à l'anse introduite dans le cavum, suivant le même plan que celui du canon, une nouvelle direction dans un plan faisant avec le premier un angle dièdre se rapprochant le plus possible de 90° :

1° Agir directement sur les deux fils, à leur point d'émergence du canon, par une pression dans le sens voulu. Mais, cette méthode, que nous avons étudiée, présente au point de vue de la technique opératoire et au point de vue de la construction de l'appareil, des difficultés qui nous l'ont fait aussitôt abandonner ;

2° Produire la courbure voulue en agissant à distance sur



les deux extrémités libres du fil, en dehors du nez du patient.

C'est là le but que nous avons atteint, disons-le en passant, au moyen de la torsion de chacune des deux extrémités du fil en sens contraire.

*Principe de l'appareil.*

— Nous supposons, dans la théorie qui va suivre, que nous avons affaire à un fil élastique de petit diamètre (moins de 1/2 millimètre) en acier trempé et étiré, disposé dans un canon semblable à celui employé pour le polypotome ordinaire.

Le principe de l'appareil est basé sur les lois mécaniques de la torsion et de la flexion des fils :

Considérons une portion de fil  $A - A' A''$  et supposons qu'on la torde en  $A'$  dans le sens de la flèche  $f$  en maintenant fixe son extrémité  $A''$ . Pour empêcher cette extrémité de se tordre, il faudra produire en  $A''$  un moment de torsion  $M$  ayant pour valeur.

$$M = GI \frac{a}{l}$$

les lettres ayant la signification suivante :

$G$ , résistance au glissement latéral par unité de surface et de longueur du fil ;

$I$ , moment d'inertie polaire du fil ;

$a$ , arc élémentaire décrit à l'unité de distance ;  $l$ , longueur tordue du fil.

Ce moment  $M$  peut être remplacé par une force  $F F'$  agissant en un point de la circonférence du fil en  $A''$ .

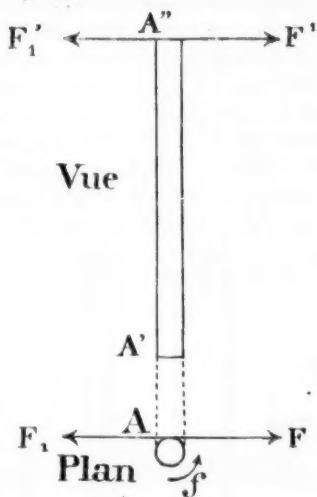


Fig. 1

Si on laisse maintenant à la section A' la possibilité de se déplacer en liberté après l'avoir maintenue fixe, on voit qu'elle sera sollicitée par une force de réaction  $F_1 F_1'$ , égale et contraire à  $F F'$ , qui

fera tourner la portion de fil considérée d'un certain angle.

Tenant compte de ces données, voyons maintenant ce qui va se passer dans notre appareil et pour cela considérons une anse entièrement montée comme précédemment.

Supposons (*fig. 2*) les deux extrémités A B — A' B' du fil d'acier chacune solidement saisies entre les mors d'une pince et tordues en sens inverse en même temps et d'un angle égal, c'est-à-dire sollicitées par deux forces  $F_1 F_1'$ , égales et de sens contraire, agissant en un point de la circonférence du fil.

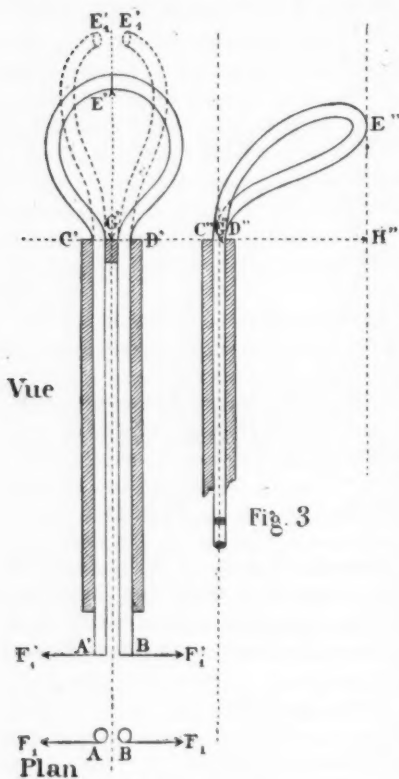


Fig. 2

Fig. 3

Considérons maintenant l'anse C' E' D' et supposons-la pour un instant coupée en E'. Dans ces conditions, il est facile de concevoir que, dès que l'on fera agir simultanément les deux forces  $F_1 F_1'$ , c'est-à-dire quand on fera tourner d'un même

angle en sens inverse les fils A — A' C' E' et B — B' D' E', chacune des deux extrémités E' sera sollicitée par une force  $F_1'$  et portée en avant de la figure en  $E_1'$   $E_1'$ . Mais si au contraire l'anse *complète* n'est plus rompue en E', on voit que, par suite de la torsion en sens inverse des deux extrémités A A', B B', le point E' sommet de l'anse sera sollicité par une force égale à  $2F_1$  qui tendra à porter ce point en avant du plan de la figure. Tous les points de l'anse C' E' D' tendront de même à être entraînés en avant, si bien que l'on aura obtenu, à la fin, une inclinaison de l'anse tout entière, inclinaison d'autant plus accentuée que la force  $FF_1$  sera plus importante, c'est-à-dire que la torsion des fils aura été poussée plus avant (Voir le profil représenté par la figure 3). Ces conditions se trouvent réalisées dans l'appareil que nous allons décrire :

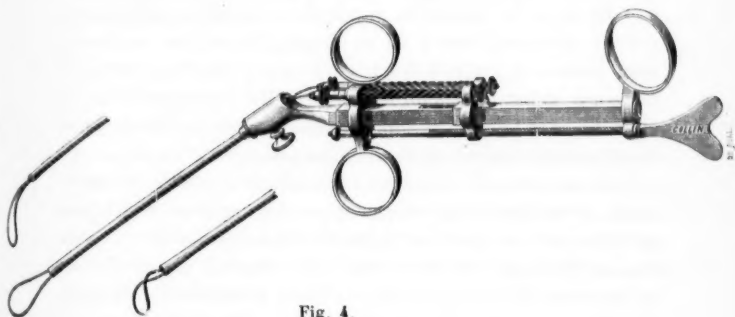


Fig. 4.

*Description de l'appareil.* — Nous supposons connu le serre-nœud ordinaire ou « polypotome », notre appareil ayant été construit sur le même type.

Le polypotome, comme on le sait, est essentiellement composé d'un « canon guide-anse » dont l'extrémité postérieure est fixée au « corps de l'appareil », tige carrée sur laquelle peut glisser un petit « chariot » surmonté d'une vis destinée à fixer les deux extrémités du fil d'acier qui forment l'anse.

Cette anse diminue de grandeur au fur et à mesure qu'on fait glisser le chariot sur la tige d'avant en arrière.

Dans notre appareil, au contraire, les deux extrémités du fil sont attachées solidement et séparément, grâce à un système spécial, aux têtes de deux vis de pas contraires parallèles entre elles et au corps de l'appareil, au-dessus duquel elles sont supportées par deux chariots pouvant glisser sur ce corps, celui d'arrière servant de palier dans lequel tournent les extrémités postérieures des vis, celui d'avant constituant l'écrou des deux vis parallèles.

Si l'on suppose un instant le chariot d'arrière fixe en un point du corps, en son milieu par exemple, et, que l'on tire en arrière le chariot porte-écrou, les deux vis tourneront en sens inverse et communiqueront ainsi le mouvement de torsion voulu aux deux extrémités du fil d'acier.

De plus l'appareil est construit de telle sorte que, dès que le chariot d'avant arrive au contact du chariot d'arrière, au milieu du corps de l'appareil, un déclenchement se produit ; et, si l'on continue à tirer à soi le chariot d'avant on entraînera avec celui-ci le chariot d'arrière et tout le système, les vis et par suite les extrémités du fil ; c'est-à-dire, qu'à partir de ce moment, une fois le déclenchement produit, notre appareil fonctionnera, comme un polytome ordinaire.

Ajoutons que, de même que dans certains systèmes de serre-nœud (celui de Lermoyez par exemple), nous avons disposé parallèlement au corps de l'appareil et au-dessous de lui, une vis longitudinale qui, demeurant folle pendant que s'effectue la courbure de l'anse, peut être utilisée pour serrer cette anse aussi lentement que l'on voudra.

Donc deux temps dans le fonctionnement de l'appareil.

*1<sup>er</sup> Temps.* — Glissement en arrière du chariot d'avant sur la première moitié du corps jusqu'au contact du chariot d'arrière : *temps correspondant à la courbure de l'anse.*

*2<sup>e</sup> Temps.* — Glissement sur la deuxième moitié du corps de ce même chariot entraînant avec lui tout le système en arrière : *temps correspondant au serrage de l'anse.*

Remarquons en passant, avec M. Courtade, « qu'au fur et à mesure que l'anse diminue d'étendue, la courbure s'accuse » de plus en plus jusqu'à ce que l'anse, réduite à un très faible

« parcours, son inclinaison par rapport à la direction du tube « diminue peu à peu ».

Ce qui revient à dire que point n'est besoin d'atteindre dans le cours du premier temps la courbure à laquelle on désire arriver puisque le deuxième temps continue, jusqu'à un certain point, l'œuvre du premier. — Nous verrons en décrivant le manuel opératoire que la diminution de courbure, qui se produit finalement lorsque l'anse est devenue très petite, ne présente aucun inconvénient dans la pratique. — Néanmoins pour tirer de l'appareil un effet utile, il est nécessaire qu'à la fin du premier temps, on ait pu obtenir une inclinaison suffisante de l'anse.

Le but visé serait d'arriver à courber l'anse d'un angle de 90° par rapport à sa position primitive, c'est-à-dire d'obtenir une *flèche de courbure*  $f$  d'une valeur égale à la longueur  $\lambda$  de l'anse.

$$\left. \begin{array}{l} \lambda = E'G' \\ f = G''H'' \end{array} \right\} \text{ (fig. 2 et 3). }$$

Ce que nous venons de dire et aussi la pratique nous montrent que nous n'avons pas besoin d'obtenir ce résultat. Toutefois cette flèche doit avoir une grandeur minima en deçà de laquelle il n'est pas permis de se tenir. La longueur de flèche, outre qu'elle dépend de la force  $F_1$  considérée, c'est-à-dire de la torsion que l'on peut produire à l'aide de l'appareil, est aussi fonction du diamètre du fil du métal considéré et de la longueur de l'anse dont on fera usage. Il était par suite très important de trouver une formule établissant une relation entre ces différentes variables.

*Calcul de la flèche.* — Supposons connu le moment  $M$  c'est-à-dire la force

$$F_1 = \frac{M}{r}.$$

$r$  étant le rayon du fil. Le système des deux fils, fléchissant comme nous l'avons vu plus haut, sous l'action des forces  $2F_1$ , on peut les considérer pour la flexion comme encastres en  $G'-G''$  (fig. 2 et 3),  $\lambda$  étant la longueur fléchie,  $J$  le moment

d'inertie à la flexion des deux fils en  $G'-G''$  c'est-à-dire la somme des valeurs  $S \times r^2$ ,  $S$  étant une section infiniment petite de la surface du cercle de l'un des fils et  $r$  la distance de

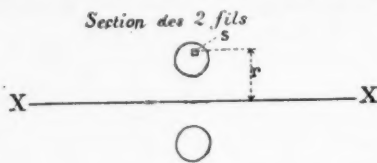


Fig. 5.

cette section à l'axe XX perpendiculaire au plan de section,  $E$  le coefficient d'élasticité à la traction du métal des fils, la flèche  $a$  pour valeur :

$$f = \frac{2F_1 \times \lambda^3}{JE \times 3}$$

ou en remplaçant  $F_1$  par sa valeur  $\frac{M}{r}$ , on a

$$f = \frac{2M \times \lambda^3}{JE r \times 3}.$$

A la simple inspection de ces formules on voit que, pour un fil d'un métal et d'un diamètre donnés, la longueur de la flèche est proportionnelle à la force qui détermine la torsion du fil et à la racine cubique de la longueur de l'anse. Cette flèche sera de plus inversement proportionnelle au rayon du fil.

Le plus souvent (en particulier lorsqu'il s'agira d'ablation de queues de cornet), il sera nécessaire, l'anse se trouvant prête à être introduite dans les fosses nasales, c'est-à-dire dans un plan vertical, de faire incliner cette anse d'un certain angle à droite ou à gauche par rapport au plan précédent. Mais il importe, qu'avec le même appareil, on puisse également produire cette inclinaison de l'un et l'autre côté pour aller sectionner les queues de cornet, dans l'une ou l'autre fosse nasale.

Considérons attentivement la figure 2 et nous voyons tout d'abord que, d'après les points d'application des forces, l'anse

s'inclinera en avant du plan de cette figure et que si nous faisons tourner ce plan de  $90^\circ$  à droite, ce qui revient à placer le canon sur champ, dans la position qu'il doit occuper réellement au moment de l'intervention, cette anse sera courbée vers la droite (*fig. 3*).

Pour la faire courber à gauche il faut, de deux choses l'une, ou bien que les fils restent fixés tels qu'ils sont, les vis tournant chacune en sens contraire par rapport à leur direction primitive, ou bien que, les vis tournant dans le même sens, c'est-à-dire employant le même appareil, on change bout pour bout les points d'attache des fils ; dans le cas présent, pour fixer les idées, que l'on attache A' en B et B' en A si l'on suppose que les têtes de vis occupent les positions A et B. Les forces F, continuant à agir dans le même sens, c'est-à-dire employant le même appareil le point E' et l'anse tout entière, au lieu de se porter en avant du plan de la figure, se porteront en arrière et le problème sera résolu.

Suivant qu'on désirera faire courber l'anse vers le haut, vers le bas, ou dans des plans obliques par rapport aux positions droite ou gauche, il suffira de faire tourner d'un certain angle dans le sens voulu, le canon guide-anse en se repérant sur la position de son extrémité antérieure aplatie, position nettement indiquée par les deux orifices de sortie des fils.

*Manuel opératoire.* — Avant de procéder à l'introduction de l'anse dans les fosses nasales, il importe de prendre certaines précautions en vue d'un montage raisonné de l'appareil en rapport avec la situation de la tumeur à extirper.

Il est tout d'abord indispensable, avant d'effectuer ce montage, d'examiner avec le plus grand soin, à l'aide des rhinoscopies antérieure et postérieure, les différentes parties des fosses nasales et du cavum afin de se rendre un compte exact de la position de cette tumeur, de sa dimension et de son état, car, de toutes ces données dépendront la grandeur de l'anse et l'obliquité qu'on devra lui donner.

On ne saurait trop insister sur cet examen préalable duquel dépend, en grande partie, le succès de l'intervention, comme il est facile de s'en rendre compte si l'on se souvient qu'on se trouve dans l'obligation d'opérer à l'aveugle.

La première des précautions consiste à employer un fil convenable, suffisamment souple et suffisamment rigide. Celui que nous employons et qui nous a donné de bons résultats est le fil d'acier trempé et étiré de *quatre dixièmes de millimètre* et portant le n° 7 chez le constructeur (dimension donnée par les calculs précédents et vérifiée par l'expérience).

Le canon étant solidement fixé au corps de l'appareil, introduisons dans ce canon notre fil d'acier de façon à réserver l'anse d'une hauteur moyenne de *trois centimètres*; et, l'appareil étant « armé » c'est-à-dire le chariot antérieur à sa position extrême d'avant et le chariot postérieur arrêté au milieu de la tige par l'épaulement de la gâchette, les écrous mobiles sur chaque tête de vis étant à leur position d'arrière, fixer les fils à chacune de ces têtes de vis en les faisant entrer dans la fente située à la partie interne de celles-ci, puis en les recourbant deux fois horizontalement en dehors, de manière à les engager dans le cran situé à la partie externe; serrer ensuite à fond sur ces fils, en s'aidant au besoin de la pince, chacun des deux écrous. Couper enfin les extrémités inutiles dépassant à droite et à gauche.

Suivant qu'il s'agira de queues de cornet droites ou gauches, on aura à se préoccuper de disposer l'anse de telle ou telle façon, à fixer, comme nous l'avons vu plus haut, chacune des deux extrémités du fil à l'une ou l'autre vis. Dans notre appareil où les vis tournent de dehors en dedans (disposition inverse de celle représentée par la figure 2) si l'on a soin de placer le canon sur champ et par suite l'anse dans plan vertical, *la vis à laquelle on attachera le fil supérieur indiquera le sens de la courbure de l'anse*; de telle sorte que si l'on veut, par exemple, cueillir une queue de cornet dans la fosse nasale droite, ce qui revient à faire courber l'anse à gauche, on devra fixer le fil supérieur à la tête de vis gauche, l'autre extrémité étant attachée à droite.

En fixant les fils de la manière indiquée, il faut avoir soin d'empêcher toute torsion préalable, inconvénient qu'il sera facile d'éviter en faisant en sorte que, pendant la fixation, l'anse se maintienne toujours dans le même plan que l'extrémité aplatie du canon.



Il n'est pas inutile d'indiquer ici un petit tour de main dont l'avantage nous a été démontré par l'expérience. Il consiste à *fausser* dans le sens inverse à celui de la courbure que l'on veut obtenir chacun des deux ventres latéraux de l'anse à sa partie moyenne. Au moment de la torsion cette petite inclinaison se reproduira symétriquement dans le sens voulu.

Il s'agit maintenant d'introduire dans les fosses nasales l'appareil ainsi monté pour procéder à l'opération.

Tout obstacle s'opposant matériellement à cette introduction doit être préalablement détruit, d'autant plus qu'il faut formellement s'interdire tout badigeonnage à la cocaïne même de la partie antérieure des fosses nasales, la vaso-constriction se transmettant à la queue de cornet elle-même qui se contracte et est réduite à néant le plus souvent.

L'opération se décompose en quatre temps :

- 1° Introduction de l'anse ;
- 2° Courbure de l'anse ;
- 3° Préhension de la tumeur ;
- 4° Résection et extirpation.

*1<sup>er</sup> temps.* — La main gauche soutenant un spéculum de Vacher, écarteur de la narine, et, le serre-nœud tenu de la main droite, le pouce dans l'anneau d'arrière, les deux premiers doigts, l'index en dessus, dans les deux anneaux d'avant, introduire dans la fosse nasale l'anse en la faisant suivre par son bord inférieur le plancher et par son plau externe le cornet inférieur. Pousser ainsi en avant, sans brusquerie, la main haute, en suivant les sinuosités trouvées sur la route, jusqu'à la rencontre du sommet de l'anse avec la paroi postérieure du pharynx. (Si la sensation de cette rencontre n'est pas perçue par le médecin, elle sera certainement accusée par le malade).

*2<sup>e</sup> temps.* — Une fois dans le canon, placer l'appareil dans une position convenable par rapport à la situation occupée par la tumeur et commencer à tirer à soi le chariot d'avant, à l'aide des deux premiers doigts, en maintenant toujours la main droite élevée. Arrêter la traction au moment où le chariot antérieur sera prêt à toucher le chariot d'arrière, moment correspondant à celui de la courbure de l'anse, et s'arrêter là.

3° temps. — Abandonner alors le spéculum de la main gauche et chercher, en attirant vers soi le serre-nœud de la main droite, à saisir la tumeur. A partir de l'instant où l'on aura senti une résistance, continuer, sans changer la position du serre-nœud, à tirer le chariot d'avant qui, produisant le déclanchement, entraînera avec lui le chariot postérieur avec tout le système, de telle sorte qu'à ce moment la tumeur sera pour ainsi dire prise au collet c'est-à-dire saisie à son pédicule ou à sa base.

Ce temps est le plus difficile ; en effet, lorsque, avant d'avoir serré l'anse, on la porte d'avant en arrière, en tâtonnant, il peut arriver, si l'on n'a pas agi prudemment ou si l'on a mal calculé ses mouvements, qu'on fasse butter cette anse contre le sommet de la tumeur se figurant à tort l'avoir entourée, à cause de la résistance perçue. *On ne sera réellement certain de la préhension qu'après l'exécution de la deuxième partie de ce temps : le serrage*, lorsque ayant commencé à serrer l'anse, on sentira une résistance au tirage empêchant la traction des chariots, puis, qu'on se trouvera dans l'impossibilité de mouvoir l'appareil entier, *aussi bien en avant qu'en arrière*, ou que, tout ou moins, on ne pourra le faire mouvoir que dans des limites très restreintes.

4° temps. — La main gauche remplaçant alors la main droite pour maintenir l'appareil en position, commencer, en se servant de cette dernière main devenue libre, à faire tourner la vis inférieure de tirage afin de trancher graduellement et lentement la queue de cornet qu'on ramènera au bout du canon dès qu'on s'apercevra que le serre-nœud peut se mouvoir librement.

On ne saurait trop insister sur l'importance de ce dernier temps qui, malgré sa facilité apparente, ne doit être exécuté qu'avec la plus grande circonspection. « La durée de la résection d'une queue de cornet doit être au moins de cinq minutes », dit Schech <sup>(1)</sup>. C'est là en effet un minimum, à moins qu'on ait vérifié sûrement au préalable qu'on avait

(1) GEORGES LAURENS. — Les queues de cornet. — (Arch. Internat. de laryngol. d'otol. et de rhinol. — Tom. IX, n° 1, janv., févr. 1896. — P. 44.)

affaire à une dégénérescence polypoïde ne présentant aucun danger d'hémorrhagie.

*Anse froide et anse chaude.* — L'appareil dont il s'agit a été construit pour fonctionner à l'anse froide et, hâtons-nous de le dire, c'est à ce modèle que nous nous sommes arrêté. Toutefois un modèle à l'anse galvanique a été fabriqué par la maison Collin et expérimenté par nous. Nous avons dû vite abandonner l'emploi de ce dernier appareil, ayant reconnu le danger de l'application d'un galvano-cautère quelconque, sans le contrôle de la vue, dans un endroit où l'on doit s'efforcer de prendre les plus minutieuses précautions. Nous pensons, qu'à moins de cas tout à fait spéciaux, il est toujours possible, en prenant les soins indispensables et *en y mettant le temps*, d'enlever à l'anse froide les queues de cornet les plus hypertrophiées et même les plus enflammées.

Nous avons déjà, pour notre part, dans le service oto-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, recueilli un certain nombre d'observations se rapportant à des malades opérés avec succès de queues de cornet plus ou moins volumineuses, en nous servant du serre-nœud à anse froide qui fait l'objet de ce travail.

---

### III

#### OTITE MOYENNE SUPPURÉE CHRONIQUE CHEZ UN TUBERCULEUX. — ABCÈS DU CERVEAU. TRÉPANATION PAR LA VOIE MASTOÏDIENNE

Par **M. COVILLE** et **E. LOMBARD**.

Internes des hôpitaux.

Nous présentons l'observation d'un malade atteint d'abcès du cerveau que nous avons pu ouvrir et drainer par la voie auriculaire. Les symptômes classiques de l'abcès cérébral faisaient défaut si l'on excepte la céphalée sans localisation précise et l'état intellectuel (hébétude) très affaibli du malade. Nous avons fait deux interventions. La première qui paraissait imposée par des accidents de rétention purulente du côté de la mastoïde n'a donné aucun résultat. La température est restée élevée avec oscillations ce qui nous a fait penser à une collection purulente non ouverte du côté du cerveau. Dans la deuxième intervention nous sommes allés de parti pris à la découverte de la collection soupçonnée, par la voie auriculaire après avoir pratiqué l'évidement de Stacke-Zaufal. Nous avons eu la bonne fortune d'ouvrir et de drainer l'abcès sans difficulté, et tout nous permettait d'espérer une heureuse issue lorsque des complications septiques indépendantes de la lésion et des accidents broncho-pulmonaires en rapport avec la tuberculose antérieure ont enlevé le malade.

OBSERVATION. — Le nommé Hippolyte T..., âgé de 28 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 19 septembre 1898, porteur d'une sup-puration auriculaire et se plaignant de céphalalgie intense sans localisation accompagnée de fièvre. Pas de vomissements.

A l'interrogatoire on apprend que le malade issu de souche tuberculeuse (père mort de phthisie pulmonaire, sœur tuberculeuse),

a présenté vers l'âge de 8 ou 9 ans une affection auriculaire sur laquelle il ne peut fournir de renseignements précis. L'audition n'était pas altérée. Toutefois il croit se souvenir d'avoir souffert d'un abcès de l'oreille. On fit des instillations d'huile camphrée.

A partir de l'âge de 16 ans sans autre manifestation du côté de l'oreille, il était sujet à de violentes migraines et à des vertiges. A 19 ans, bronchite, puis le malade continue à tousser surtout l'hiver, mais sans expectoration. Il a maigri dans ces derniers temps. Vers 1892, le sein gauche s'est tuméfié et a présenté un écoulement purulent mêlé de sang. Cet accident aurait duré 8 jours.

Il y a un an et demi, un abcès froid du volume d'un œuf s'est développé au pli fessier et est resté fistuleux pendant 8 mois.

Le début des accidents actuels semble remonter au 22 août. Douleur de l'oreille droite, élancement, céphalalgie, bourdonnements. Le 26, l'oreille suppure et depuis cette époque l'écoulement fut continu, sans être à aucun moment mêlé de sang. Sur le conseil de son médecin il prend une purgation et on lui fait dans le conduit auditif des instillations de glycérine phéniquée.

L'écoulement continue cependant, ainsi que les maux de tête et de la sensibilité au niveau de la mastoïde. Le malade consulte successivement à Beaujon et à Saint-Antoine. Malgré les traitements suivis, l'écoulement ne se tarit pas, l'état fébrile persiste et il se présente le 19 à notre examen dans l'état suivant.

Il n'y a pas d'œdème des parties molles recouvrant la mastoïde. La douleur à la pression est peu nette, mais s'éveille par la percussion du rocher. Pas de rougeur des téguments. Le conduit auditif est rempli de pus et après nettoyage nous découvrons la paroi postérieure saillante et rouge. A l'aide d'un petit spéculum, on aperçoit, quoiqu'avec peine, le fond de la caisse. Le tympan est détruit dans tout son segment antérieur, ce qu'il en reste est infiltré ; on aperçoit pas de fongosités volumineuses par la perforation ; le fond de la caisse est granuleux. Le manche du marteau accolé à la paroi interne de la caisse est bien visible.

Comme symptômes généraux, la température est constamment élevée, oscillant du soir au matin entre 38°,5 à 40° et 40°,5 ; le pouls n'est pas ralenti. Le malade présente un état d'hébétéude qui attire dès l'abord notre attention. Il semble sommeiller, la tête et le regard fixe et il faut l'exciter ou l'interpeller violemment pour le faire sortir de sa torpeur. Après quoi il répond intelligemment aux questions posées, mais avec lenteur, comme ayant de la peine à rassembler ces idées. Etat gastro-intestinal fébrile sans constipation opiniâtre.

Pas de vomissements, pas de raideur de la nuque, aucun phénomène pupillaire, la vision n'est pas troublée.

A l'examen des autres organes nous notons deux poumons manifestement tuberculeux, d'ailleurs l'expectoration est caractéristique.

En présence de cet ensemble symptomatique, nous pensons à des accidents de rétention du côté de la mastoïde avec syndrome méningitique.

L'intervention est aussitôt décidée et pratiquée sous le chloroforme le 20 septembre 1898.

Incision curviligne à 1 centimètre en arrière du pavillon, étendue de la *linea temporalis* à la pointe de la mastoïde. A l'extrémité supérieure de cette incision vient tomber une autre incision perpendiculaire dirigée en arrière, délimitant avec la première un lambeau angulaire qui est rabattu. Dénudation de l'os et rugination. On trace alors au moyen d'un petit ciseau à 1/2 centimètre en arrière du conduit auditif, un carré de 1 centimètre de côté. Dès le second coup de gouge, on pénètre dans une large cellule mastoïdienne. Pas de pus ni de fongosités. L'orifice est agrandi vers l'angle supéro-postérieur du conduit vers l'antre. La curette ramène quelques fongosités et quelques parcelles osseuses. L'opération est arrêtée là et terminée par un tamponnement iodoformé de la trépanation. Pansement.

Le lendemain nous constatons qu'aucune sédation ne s'est produite dans la symptomatologie observée. La température n'est pas modifiée. L'état d'hébétude et de coma vigil que nous avons décrit, persiste comme précédemment. Il est hors de doute que l'intervention déjà faite est notoirement insuffisante. Il nous paraît indiqué d'évider largement et au besoin d'explorer la dure-mère et le cerveau, à la recherche d'une collection purulente, extra-dure-mérienne, ou cérébrale, de laquelle nous paraissent relever les signes que nous continuons à constater.

Avec l'autorisation de M. Beurnier, le malade est opéré de nouveau le 23 septembre 1898. Les fils de la suture cutanée sont sectionnés, et le pavillon complètement rabattu après décollement à la rugine du conduit membraneux. Nous pratiquons alors l'évidement méthodique de toute la mastoïde. Un stylet étant placé dans l'aditus nous abattons la paroi externe de l'aditus et le mur de la logette.

Hémostase soignée au moyen de mèches de gaze iodoformée. Toute la table externe de la mastoïde est enlevée. Au milieu et vers la pointe, les cellules sont saines. Nous remarquons que l'os

est principalement altéré au voisinage de la caisse, de l'aditus et de la partie la plus profonde de l'antre.

Prudemment, au moyen de la gouge nous faisons sauter le plafond de l'attique et nous découvrons la dure-mère sur un espace large à peu près comme une pièce de cinquante centimes.

La méninge est rouge, congestionnée, friable. Tout à fait en avant, au niveau d'une légère éraillure due à une échappée, elle laisse suinter un mince filet de pus. Nous essayons de ponctionner la dure-mère à l'aide du bistouri, mais l'instrument ne peut mordre sur un tissu friable sans point d'appui profond. On introduit alors avec précaution, en le dirigeant en avant et en haut, un stylet le long duquel fuse immédiatement une longue trainée de pus qui remplit bientôt toute l'excavation osseuse. Après avoir épongé à plusieurs reprises, nous imprimons au stylet de petits mouvements ayant pour but d'agrandir un peu la brèche et de vider le contenu de l'abcès. Le stylet qui avait pénétré de 1 centimètre et demi à 2 centimètres, est alors retiré et l'on allait placer un drain quand, en explorant de nouveau vers le haut, un nouveau flot de pus plus considérable encore que le premier, fait irruption. Cette nouvelle collection est vidée comme la première, après quoi le stylet servant de guide, on introduit un petit drain de 3 millimètres et on le pousse de 1 centimètre et demi en le dirigeant directement en haut.

Tamponnement à la gaze iodoformée, autoplastie du pavillon par la méthode allemande.

En raison de la faiblesse générale du malade, fatigué par ces deux interventions successives, nous faisons pratiquer une injection de 1500 grammes de sérum artificiel.

Le lendemain 24, nous trouvons le malade transformé au point de vue des symptômes cérébraux. L'état d'hébétéude a complètement disparu, faisant place plutôt à une très légère excitation. La céphalalgie n'existe plus, et le malade, répondant aux questions, se trouve très soulagé, cependant il reste encore une certaine lenteur de compréhension et d'expression par la parole.

La température se maintient élevée, mais nous constatons au niveau du siège de l'injection pratiquée trop superficiellement, une escharre large comme les deux paumes de la main réunies, déjà entourée d'une zone de lymphangite. On panse cette eschare avec des compresses imbibées de sublimé.

Les jours suivants, la lymphangite augmente descendant jusqu'au niveau du genou; ayant envahi la presque totalité de la cuisse, l'état fébrile persiste de ce fait, et l'eschare détachée aux

ciseaux peu après, laisse à découvert une vaste surface suppurante aux bords largement décollés. Continuation du pansement humide.

La brèche opératoire osseuse est pansée tous les deux jours, le pansement est sec. On retire le drain le 12<sup>e</sup> jour après l'intervention. La céphalalgie n'a pas reparu et les symptômes cérébraux ont entièrement disparu. Le malade manifeste à plusieurs reprises et d'une façon persistante le désir de sortir de l'hôpital.

Le 4 octobre, l'eschare de la cuisse très améliorée ne donne plus lieu qu'à un écoulement de pus insignifiant, plus de lymphangite. On panse à sec. Cependant, une eschare sacrée commence à apparaître, le malade continue à avoir de la fièvre matin et soir, il s'amaigrit malgré le régime tonique institué et l'état de son poulmon ne laisse pas que de devenir inquiétant. En effet, il tousse depuis plusieurs jours, l'expectoration est abondante et franchement purulente, et à l'auscultation, de nombreux râles sont entendus dans toute la hauteur des deux poulmons. Il y a donc de ce côté des manifestations aiguës de broncho-pneumonie tuberculeuse.

Le 6 octobre, le malade se plaint de son poignet droit qui est un peu douloureux et notablement tuméfié, et en le découvrant on s'aperçoit que tout le membre inférieur droit est le siège d'un œdème mou, à peu près indolore, très marqué au niveau des malléoles.

A partir de ce moment, l'état général s'aggrave notablement, le malade se cachectise, il est en proie à une soif continuelle, et très excité il demande à chaque instant et impérieusement à se lever et à partir chez lui.

Le 8 octobre, sa famille cédant à ses instances, le fait sortir de l'hôpital et nous avons appris que notre malade était mort 2 jours après le 10.

Les abcès du cerveau consécutifs à des otites suppurées chroniques, sans être absolument fréquents, sont assez couramment observés et ce cas nous a semblé intéressant :

1° Par l'absence des signes classiques de l'abcès du cerveau (pouls, respiration, céphalalgie localisée, etc.).

2° Par la nécessité d'intervenir très largement sur la mastoïde et d'une façon aussi précoce que possible toutes les fois que l'on est conduit à soupçonner des complications cérébrales de l'otite.



3° Par la coexistence de deux poches purulentes très vraisemblablement distinctes. La sédation des symptômes qui s'est manifestée après leur évacuation semble indiquer que le cer-  
velet était indemne.

Remarquons enfin que le malade était tuberculeux pulmonaire et qu'il est fréquent de voir chez ces malades les otites moyennes suppurées chroniques se compliquer d'accidents cérébraux à forme torpide. Ceci est opposé, nous semble-t-il, à la symptomatologie plus nette de l'abcès du cerveau consécutif à l'otite du décours des maladies infectieuses.

---

#### IV

### TRAITEMENT DE LA LARYNGITE TUBERCULEUSE PAR LES ASPIRATOIRES LARYNGÉES <sup>(1)</sup>.

Par S. LEDUC

J'ai décrit, l'année dernière, au Congrès de Moscou, un procédé d'*aspiration* laryngée qui permet aux malades d'introduire dans les voies respiratoires les poudres médicamenteuses, sans l'emploi du laryngoscope, sans le concours du médecin, aussi fréquemment qu'il convient de le prescrire, et cela avec une perfection et une sûreté parfaites ; la poudre entraînée par le courant d'air aspiré, recouvre la muqueuse du larynx, les cordes vocales et la trachée, d'une couche uniforme, comme si elle avait été répandue avec un tamis, ainsi qu'il est facile de s'en assurer en pratiquant l'examen laryngoscopique après une aspiration. Seules les parties externes des cordes vocales, qui, pendant l'aspiration, se trouvent dans l'abduction, ne sont pas recouvertes.

Le seul instrument nécessaire est un tube de verre de six millimètres environ de diamètre intérieur, de vingt à vingt-cinq centimètres de longueur, ayant, à l'une de ses extrémités, une crosse d'un centimètre de longueur, et faisant environ un angle de 100° avec le corps du tube ; à quatre centimètres de l'autre extrémité se trouve une courbure d'environ 145°.

Pour se servir de ce tube, on répand sur une surface propre la poudre à aspirer, le malade introduit le tube dans la bouche, l'angle de la crosse contre la paroi postérieure du pha-

(1) Communication à l'Association Française pour l'avancement des Sciences, congrès de Nantes, 1898.

rynx, la crosse en bas ; il applique l'autre extrémité sur la poudre et aspire ; la poudre, entraînée par le courant d'air, pénètre profondément dans les voies respiratoires et, si l'opération est bien faite, ne se répand ni dans la bouche ni dans le pharynx.

Nous avons continué à employer cette méthode et nous avons obtenu avec elle, surtout dans le cas de laryngite tuberculeuse, des résultats tels, que nous nous sommes reprochés de n'avoir pas assez insisté, dans notre communication de Moscou, sur son efficacité.

Nous pouvons affirmer aujourd'hui que ce traitement guérit régulièrement les laryngites tuberculeuses et les laryngites les plus graves ; nous l'avons appliqué à des malades ayant des laryngites tuberculeuses depuis plusieurs mois, complètement aphones, avec dysphagie des plus pénible, dyspnée intense constituant un danger immédiat, les replis aryténo-épiglottiques œdématisés de façon à ne laisser qu'une fente très étroite au passage de l'air ; nous l'avons appliqué à des larynx ulcérés et dans tous les cas, nous avons eu une amélioration rapide. Souvent, presque toujours, l'amélioration est presque immédiate ; dans une semaine la dyspnée disparaît, la voix revient et les malades peuvent s'alimenter.

Nous considérons autrefois la laryngite tuberculeuse comme une des localisations les plus graves de la tuberculose, comme une des plus désespérante au point de vue des résultats thérapeutiques. Depuis que nous employons la méthode décrite dans cette note nous considérons la laryngite tuberculeuse comme la manifestation la plus facile à guérir de la tuberculose.

Nous n'employons comme médicament que le di iodoforme en poudre impalpable, quatre à huit aspirations par jour suivant les cas. Lorsqu'il existe de la douleur nous ajoutons au di iodoforme un peu de chlorhydrate de cocaïne, ou un peu de chlorhydrate de cocaïne et de morphine, et nous prescrivons :

di iodoforme. . . . . 8 gr.

chlorhydrate cocaïne. . . . . 0 gr. 08 centigr. en

4 poudre impalpable deux à six aspirations par jour.

Ou bien :

di iodoforme. . . . . 8 gr.

chlorhydrate cocaïne. . . . . 0 gr. 08 centigr.

chlorhydrate morphine . . . . . 0 gr. 04 centigr. en

poudre impalpable.

Nous avons essayé beaucoup d'autres poudres, en particulier l'orthoforme, mais les résultats ont été beaucoup moins satisfaisants qu'avec le di iodoforme. C'est une chose remarquable, que l'iodoforme, qui convient au pansement des tuberculoses locales, ne semble pas convenir au larynx ; nous avons observé plusieurs cas d'intolérance, se manifestant par une laryngite aiguë, chez des malades pour lesquels le pharmacien avait cru pouvoir substituer l'iodoforme au di iodoforme.

Depuis notre communication de Moscou, nous avons soumis à ce traitement vingt-cinq malades atteints de laryngite tuberculeuse, tous se sont guéris de leur laryngite. Ceux qui ont succombé, sont morts par suite des progrès de la tuberculose pulmonaire, mais après la disparition des symptômes laryngés.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Séance du 11 mars 1898 <sup>(1)</sup>.

Président : Prof. B. FRAENKEL.

Secrétaire : Dr A. ROSENBERG.

I. B. FRAENKEL présente M. Atkinson qui est applaudi tous les soirs au jardin d'hiver pour la façon dont il imite divers instruments. M. Atkinson m'a été recommandé par notre confrère le dermatologiste H. Heymann et j'ai été tellement émerveillé par son talent d'imitation que j'ai résolu de vous le présenter. Il imite aussi bien la mandoline, la harpe, que le violon, la trompette, etc., à tel point qu'on croirait entendre un violoniste, un mandoliniste ou un harpiste. M. Atkinson m'a raconté qu'il s'était découvert par hasard cette faculté. Un jour, il entendit quelqu'un imiter une mandoline, il essaya d'en faire autant, y réussit et il en fut de même pour tous les autres instruments.

A l'examen ses organes respiratoires sont normaux ; le larynx est assez développé. On remarque une perforation de la cloison grosse comme un petit pois. Atkinson porte sur lui une attestation d'un médecin attribuant, à tort certainement, des rapports entre cette perforation et son art ; car c'est absolument impossible.

Il est assez difficile de s'assurer si son larynx émet toujours un son, lorsqu'il imite la trompette on peut s'en rendre compte en tâtant le larynx. Les vibrations de la voix que l'on perçoit sont plus intenses que si le son de la trompette était produit par les lèvres. Pour les instruments moins sonores, on s'aperçoit de peu de chose en touchant le cartilage thyroïde ; j'ai pu seulement reconnaître au laryngoscope que lorsque M. Atkinson veut imiter la mandoline on voit comment il ferme sa glotte. Cette imitation se produit donc par l'occlusion glottique. On voit aussi que la langue affecte une position particulière tandis qu'il relève fortement le dos de la langue. En dehors de cela, il se sert surtout des

(1) D'après la *Berliner Klin Woch.*, 12 septembre 1898.

lèvres qu'il rapproche de façon à les faire vibrer ; quand il trille comme la mandoline, sa langue exécute de rapides mouvements du haut en bas et d'arrière en avant. Parfois il s'aide aussi de ses mains pour rétrécir ou pincer le nez afin d'obtenir une autre tonalité.

L'intérêt physiologique réside donc en ce que, à l'aide des lèvres, nous pouvons modifier notre voix et lui donner le caractère d'un violon, d'une mandoline ou d'une trompette, ainsi que le démontre Atkinson. J'ai à peine besoin d'ajouter qu'il exerce encore d'autres talents d'agrément avec ses organes vocaux. Il aboie comme un chien, imite le coq, chante un duo entre soprano et baryton quand on le désire. Toutefois il ne joue d'aucun instrument et n'est pas musicien au sens propre du mot ; mais son oreille est fine, il perçoit toutes les nuances des instruments qu'il reproduit non seulement par le son, mais aussi en les nuancant à la perfection.

FLATAU a eu occasion à plusieurs reprises d'examiner des individus se disant ventriloques, mais qui appartenaient à la même catégorie qu'Atkinson ; c'étaient des polyphonistes. La différence est importante au point de vue physiologique, car au cours de toutes ces manifestations, la phonation est absolument naturelle.

2. KIRSTEIN montre un homme de 60 ans, bien portant jusqu'ici. Son affection débuta il y a environ deux mois par de l'enrouement, des signes de catarrhe des bronches, de l'amaigrissement et un affaiblissement général. Quand il vint nous trouver, nous observâmes une raucité analogue à celle qu'on observe au cours des paralysies des cordes vocales. Au laryngoscope, on constate une **paralysie complète du récurrent gauche**. Rien à l'examen du thorax. Sénator le vit et diagnostiqua une tumeur maligne sous-sternale. L'examen aux rayons X pratiqué par Grunmach révéla dans la région où l'on croyait voir une tumeur maligne un obscurcissement et G. déclara qu'il devait y avoir des glandes. Par la radiographie, on reconnut en outre la présence d'un anévrisme pulsatile au-dessous de la tumeur dans la région sternale. Nous avons donc ici affaire à la rencontre d'une tumeur maligne et d'un anévrisme de l'aorte, le premier diagnostiqué par la clinique et le second reconnu par la radiographie.

Hier à ma consultation les rayons Röntgen m'ont encore aidé à faire un diagnostic chez une femme de 77 ans, encore très vigoureuse, ne souffrant que d'un enrouement. Il s'agissait d'une para-

*lysie récurrentielle gauche* dont on trouva l'origine du côté du médiastin.

**3. SCHEIER. — Sur l'ossification du ligament stylo-hyoïdien. —**  
Au cours de mes recherches sur l'ossification du cartilage laryngien, mon attention s'est portée sur l'ossification du ligament stylo-hyoïdien, à la suite de l'observation d'un malade qui prétendait avoir avalé un os et accusait des douleurs à la déglutition dans la région pharyngée latérale. A la palpation, je crus sentir le corps étranger dans la région tonsillaire, mais il siégeait plus bas et je reconnus par un examen plus approfondi que l'apophyse styloïde était très allongée et avait provoqué une confusion avec le corps étranger. Je vis par des autopsies que l'ossification partielle du ligament stylo-hyoïdien n'était pas très rare, soit que l'apophyse styloïde se prolonge vers la corde ou que l'ossification remonte à partir de la corne de l'os hyoïde. Enfin il se forme un nouvel os, le stylo-hyoïdien. D'après Sappey on voit un échantillon de cette ossification au musée Orfila. Le Prof. Virchow m'a permis de vous montrer deux très belles pièces d'ossification provenant des collections de l'Institut Pathologique. On trouvera des détails sur l'ossification dans la thèse de docteur de Virchow remontant au 6 novembre 1847, qui a été publiée récemment dans les Archives de Virchow.

B. FRAENKEL dit que dans son article sur les affections pharyngées inséré dans l'Encyclopédie d'Eulenburg il cite l'élongation de l'apophyse styloïde et qu'il a vu des cas où il a tenté la résection de l'apophyse pratiquée aussi par Réthi.

**4. B. FRAENKEL. — Pièce de carcinôme pharyngien gauche. —**  
On voit en haut, au-dessous de l'amygdale gauche, le bourrelet du cancer et au-dessous une ulcération profonde. De là le carcinôme a gagné le cartilage thyroïde et a provoqué un carcinôme cartilagineux qu'on prenait à l'extérieur pour une extension des lames du cartilage thyroïde. Le malade fut porté in-extremis à la Clinique. On ne put l'examiner qu'une fois au laryngoscope. Dans le larynx je vis une tumeur blanchâtre allant jusqu'à la ligne médiane. Le carcinôme cartilagineux est tellement voûté qu'on croit à l'existence d'un prolapsus ventriculaire. Le reste du larynx est relativement intact. Le malade a succombé à une pleurésie purulente droite due à une perforation et à la chute du carcinôme.

Je soigne actuellement à la Clinique une femme atteinte de la même maladie. Il s'agit d'un cancer pharyngien siégeant sur la paroi pharyngée postérieure et qui a également attaqué la face

postérieure de la lame du cartilage cricoïde. Le larynx est complètement indemne tandis que le carcinôme attaque les deux cartilages thyroïdes et provoque une périchondrite thyroïdienne externe. Nous avons vu survenir un abcès devant le cartilage thyroïde qui offrait la particularité qu'en appuyant dessus on voyait au laryngoscope le pus dans le larynx et à la commissure antérieure des cordes vocales. Ces dernières, les ventricules, les replis ary-épiglottiques, les muqueuses de l'épiglotte sont intactes, de sorte que le cancer partant du pharynx a attaqué le cartilage par la partie postérieure. Ces deux cas démontrent la propension qu'a le carcinôme à se propager sitôt qu'il a affecté le cartilage.

### SOCIÉTÉ HONGROISE D'OTOLOGIE ET LARYNGOLOGIE

*Séance du 31 mars 1898* <sup>(1)</sup>.

*Présidents* : V. NAVRATIL ET BEKE.

*Secrétaire* : POLYAK.

1. POLYAK. — **Cordite vocale inférieure hypertrophique.** — Anna L., 15 ans, reçue le 18 mars 1898. Enrouée depuis 4 ans. Il y a huit ou neuf mois l'affection s'est aggravée, la raucité a augmenté et la respiration s'est embarrassée.

La malade a été très retardée dans son développement, elle ne paraît pas plus de 11 ans, respiration sifflante.

Le larynx est petit, assez injecté, les cordes vocales épaissies, la glotte large de 2 millimètres ; l'espace sous-glottique est rempli de croûtes sèches d'un brun foncé. Les méats du nez sont assez larges, la muqueuse des cornets un peu lâche, croûtes suppurantes dans le nez. Ramollissement du sommet droit et asthme bronchial.

Trachéotomie inférieure le 12 mars avec infiltration anesthésique de Schleich. Le lendemain, signes de bronchite diffuse.

Depuis lors le catarrhe des bronches s'est résolu, l'asthme et le ramollissement du sommet droit ont disparu, nous n'avons pas trouvé de bacilles tuberculeux dans les mucosités rejetées à travers la canule. La malade se trouve mieux, elle s'alimente plus

<sup>(1)</sup> D'après les comptes rendus du Dr Polyak.



aisément, les symptômes d'irritation et les croûtes du larynx n'existent plus, et on ne remarque plus par le sondage que l'épaississement marqué des surfaces inférieures des cordes vocales, qui rétrécissent concentriquement la glotte en triangle, de manière qu'elles s'écartent de 3 millimètres au plus.

On est incertain sur la nature de l'affection. Aucun signe de syphilis héréditaire. La tuberculose localisée au larynx paraît invraisemblable, aussi admettra-t-on qu'il s'agit d'un sclérome.

La malade habitant la campagne et ne pouvant séjourner davantage à l'hôpital, on pratiqua la fissure du larynx. L'examen microscopique sera pratiqué ultérieurement.

NEMAI ne croit pas qu'on soit en présence d'un sclérome, mais il est heureux qu'on ait fait l'opération puisque le diagnostic histologique permettra de trancher la question.

N. aborde ensuite l'emploi de l'infiltration anesthésique de Schleich dans la trachéotomie. N'a-t-on pas été gêné ici par le gonflement des tissus ?

BAUMGARTEN. — Il est malaisé de décider si l'on a affaire à un sclérome, la trachée étant rétrécie. Toutefois qu'il s'agisse de sclérome ou d'une inflammation, je ne suis pas partisan de l'excision, car on obtiendrait le même résultat en deux ou trois semaines avec le tubage ou la dilatation ; on opérera seulement quand le tissu sera trop dur pour qu'on y puisse insérer un tube, si mince soit-il.

POLYAK. — C'est par voie d'exclusion que je suis arrivé à diagnostiquer un sclérome. La fermeté des tissus plaide contre l'origine inflammatoire de l'affection. Nous avons été fort satisfait du procédé de Schleich.

L'œdème du tissu gêne bien un peu, mais seule l'insertion de la canule offre quelque difficulté.

Quant à la dilatation, Navratil la préconise seulement quand on est certain d'atteindre la guérison, c'est-à-dire dans les sténoses d'origine inflammatoire hypertrophique. Le sclérome s'améliore transitoirement sous l'influence de la dilatation, et ce n'est que par l'opération qu'on obtient la guérison définitive.

BAUMGARTEN connaît des cas de sclérome opérés cinq ou six fois qui ont toujours récidivé, tandis que d'autres se sont trouvés bien pendant des années à la suite de la dilatation.

NAV RATIL. — Sur les 3 cas que j'ai présentés à la dernière séance un seul était un sclérome. Dans le sclérome véritable, je n'attends aucun effet durable de la dilatation, mais il arrive que l'on confond les hypertrophies du tissu cicatriciel avec le sclérome. Si l'on a affaire à une hypertrophie simple, après la trachéotomie

on fera la dilatation avec de petits tubes ou avec des bougies ; on préférera les tubes d'O'Dwyer aux bougies de Schrötter. Pour le sclérome véritable on aura recours à l'excision ; s'il y a récidence après l'intervention, c'est que tout le tissu malade n'aura pas été extirpé. Lorsque l'affection est étendue, il faut parfois réséquer des portions du larynx, et on n'hésitera pas à le faire, les tumeurs scléromateuses étant si envahissantes qu'elles entravent la respiration et la déglutition et peuvent ainsi conduire le malade au tombeau.!

Le sclérome isolé du larynx est très rare ; j'en ai rencontré seulement 3 cas en 32 ans.

Le diagnostic du sclérome est facilité aujourd'hui par le sondage aidé de l'anesthésie cocaïnique. Généralement quand la sonde touche une tumeur dure comme la pierre, il s'agit d'un sclérome.

2. POLYAK. — **Sarcôme du sinus maxillaire droit s'étendant au cornet inférieur droit opéré par la résection temporaire de Langenbeck.** — Malade de 45 ans présentée à la séance du 24 février pour une « tumeur maligne de la narine droite » et décrite comme un fibro-sarcôme. A l'examen histologique, Minich diagnostiqua un sarcôme fuso-cellulaire myxomatode.

Opération le 10 mars sous le chloroforme par le Dr Ludvik. Incision commençant sous l'angle interne de l'œil droit, se poursuivant le long du bord orbitaire en ligne droite jusqu'à l'os zygomatique ; de là le couteau est introduit dans le bord inférieur de l'os zygomatique jusqu'au point inférieur d'insertion de l'aile du nez. La première incision va partout jusqu'à l'os. Ouverture au ciseau de la fosse ptérygopalatine.

Après avoir rompu la muqueuse du sinus maxillaire, on voit dans cette cavité plusieurs gros polypes contenant du mucus. La cavité était obstruée par une tumeur, d'un rose pâle, molle, et s'étendant du côté du cornet inférieur extrêmement hypertrophié. J'extirpai avec le doigt la tumeur ce qui donna lieu à une hémorragie violente ; puis je fis un râclage.

La guérison s'effectua en cinq jours, depuis la malade n'a plus de maux de tête ; elle va quitter la ville, mais on doit m'avertir en cas de récidence.

3. BAUMGARTEN. — **Ulcérations de la voûte palatine.** — Le malade, montré à la séance de janvier, a été soumis depuis à un traitement spécifique si énergique, qu'il a été atteint de stomatite mercurielle.

Les ulcérations n'ont pas changé ; comme il ne s'agit ni de tuberculose ni de syphilis, leur origine est obscure.

POLYAK devant l'échec du traitement anti-syphilitique est partisan du lupus.

BAUMGARTEN. — On n'a trouvé ni cellules géantes, ni bacilles dans les fragments excisés.

4. BAUMGARTEN. — **Polype hémorrhagique de la cloison.** — Mariée depuis quelques années, la malade, étant jeune fille, était venue me trouver pour une hémorrhagie profuse de la fosse nasale gauche. Du même côté, sur la cloison, on voyait une tumeur grosse comme la moitié d'une amande, d'un gris rougeâtre, saignant à la pression, qui fut grattée mais récidiva bientôt. A l'examen microscopique on hésita entre un myxôme et un myxosarcome. En dépit de grattages réitérés, la tumeur récidiva et reparut même de l'autre côté. B. pratiqua l'excision de la totalité de la tumeur ce qui donna lieu sur la cloison cartilagineuse à un trou de la dimension d'un kreuzer environ. Depuis trois ans, ni récurrence, ni hémorrhagie, la perforation s'est réduite. La malade est mère d'enfants bien portants.

Schadewaldt, Alexander, Scheier, Heymann décrivent diverses tumeurs, sous la dénomination de polype hémorrhagique de la cloison. L'auteur n'est pas d'avis d'en faire une catégorie à part, mais plutôt de les classer d'après l'examen histologique.

5. BAUMGARTEN. — **Paralysie récurrentielle chez un enfant de 5 ans.** — Les paralysies récurrentielles se rencontrent parfois chez l'enfant, mais un type aussi classique que celui-ci est rare. La corde vocale gauche demeure immobile dans la position cadavérique, la corde droite fait des excursions régulières, mais n'atteint pas lors de la phonation la corde malade comme chez l'adulte et ne dépasse pas la ligne médiane. L'enfant est enrroué et tousse. Cet état subsiste depuis trois ans ; l'année dernière l'enfant tomba dans la cour de la hauteur d'un second étage, mais se releva aussitôt et recommença à jouer.

Les organes internes sont normaux. Par des autopsies nous savons que ces paralysies donnent lieu à des glandes bronchiales comprimant le récurrent.

6. KREPUSKA. — **Exostoses développées au cours d'une suppuration chronique de la caisse, obstruant le conduit auditif externe et guéries par une opération.** — W. M. 45 ans, négociant, vient

consulter l'auteur le 21 novembre 1894 parce qu'il entend mal, son oreille droite suppure et le fait beaucoup souffrir, depuis quelques semaines il a de violentes migraines et des vertiges. Depuis l'âge de 6 ans, le malade est atteint d'un écoulement d'oreille bilatéral qui s'est tari à 26 ans du côté gauche, mais qui subsiste toujours à droite. Le malade a suivi divers traitements tant à Budapest qu'à Vienne. Pas de syphilis.

Etat actuel : Le pavillon droit est tuméfié, hypertrophié, sensible ; la peau est rouge, infiltrée. L'orifice du conduit auditif externe est dilaté. Entre le gonflement et la paroi antérieure il subsiste une fente à travers laquelle sort du pus et qui est si étroite qu'elle ne permet pas le passage d'une mince sonde de celloïdine. Glande grosse comme une noix dans la fosse rétro-maxillaire ; le conduit auditif externe gauche est large, sans enflure ni exostose, la moitié postérieure du tympan est transparente, dépôt calcaire sur la moitié antérieure.

Oreille droite : montre = 0, voix chuchotée = 0.

— gauche — = 3 cm — = 10-20 cm.

— droite : Weber + ; Rinne négatif.

Par le cathétérisme on perçoit à droite des bruits de perforation.

L'affection principale est une exostose obstruant totalement le conduit ; mais il existe aussi une suppuration de la caisse et de ses annexes ; il peut se faire que cette hypertrophie osseuse soit en relation avec l'inflammation chronique de la caisse. Peut-être tout le conduit osseux est-il envahi par des hyperostoses concentriques le rétrécissant car il est presque complètement oblitéré et la circulation s'opère malaisément dans le pavillon sur lequel on observe une dermatite.

On est sans doute en présence d'une forme aiguë de périostite hyperplasique provoquée par des exostoses.

Vu le développement rapide des exostoses, compliqué de suppuration chronique de la caisse et de rétention du pus, l'opération était une indication vitale et je la conseillai au malade comme l'unique moyen de salut.

Le malade consentit difficilement à l'intervention, d'autant plus qu'à la suite de l'arrêt de la rétention, les migraines et les douleurs auriculaires diminuèrent notablement. Entre temps était apparu un eczéma séborrhéique de l'oreille ; l'opération eut lieu le 19 janvier 1895. Je choisis la voie rétro-auriculaire en cas de complication mastoïdienne.

Le dégagement de la portion postérieure du conduit auditif externe des parties latérales externes de l'exostose réussit assez bien, mais comme l'oblitération presque complète du conduit m'empêchait de pénétrer aisément, je dus enlever toute l'exostose au ciseau en même temps que la peau revêtant le conduit. En tout je retirai cinq exostoses. Nulle complication du côté de la caisse, à part la suppuration chronique qui s'améliora par la suite. Le 11 février l'épithélisation du conduit auditif est terminée et je n'ai plus qu'à m'occuper des granulations qui ont remplacé les exostoses.

L'inflammation de la caisse dura jusqu'à la fin de mai, l'audition s'est beaucoup améliorée. La montre est perçue à droite à 12 centimètres et la voix chuchotée à 2 mètres ; les bruits subjectifs tels que bourdonnements, céphalées et vertiges ont cessé. Depuis trois ans que le malade a été opéré on n'a observé aucune récurrence. Le conduit auditif est assez large, la partie postérieure visible du tympan est gris perle, la perforation est cicatrisée. Le malade peut être considéré comme guéri.

A mon avis, la formation des exostoses doit être attribuée à la suppuration de la caisse ayant duré trente-neuf ans.

SEZENES, dans l'observation d'exostoses multiples qu'il a lue en 1896, insistait particulièrement sur l'étiologie ; mais il n'existait pas de suppuration et, par conséquent, aucune indication opératoire. Ce cas prouve qu'un médecin soignant pendant longtemps un otorrhéique, peut assister à l'éclosion d'exostoses. J'ai remarqué ce fait au bout de 2 ou 3 ans chez un malade que je suivais depuis cinq à six ans. Il faudrait savoir si ces exostoses doivent être attribuées à l'irritation causée par le traitement local, au grattage de l'oreille par le malade ou à la suppuration. Il est difficile de préciser ce point ; ainsi que le dit Krepuska, l'ostéo-sclérose peut tirer son origine d'une excitation périostique provenant d'un traumatisme.

LICHTENBERG a peu de choses à dire à propos de ce cas, qui a été traité à la perfection. Le malade l'avait consulté auparavant et il lui avait également conseillé l'opération. J'ai eu occasion de soigner un cas du même genre ; j'ai opéré par la voie rétro-auriculaire une jeune fille dont le conduit auditif était entièrement obstrué par des exostoses multiples ; la maladie durait depuis l'enfance. J'ai dégagé le pavillon, retiré le marteau et l'enclume, élargi le conduit et l'otite moyenne a guéri.

BEKE est aussi partisan de l'intervention, mais il remplace le terme d'exostoses par celui d'hypérostoses, les exostoses évoluant

sans inflammation étant excessivement rares. Dans la périostite, on observe également une inflammation de la caisse non circonscrite, rétrécissant le conduit de façon à masquer le tympan. Cette forme est une hypérostose.

KREPUSKA remercie ses collègues de leur approbation, il s'est borné à opérer selon les règles de la chirurgie otologique moderne. L'ablation des osselets était inutile. Le conduit auditif externe n'était représenté que par une fente et il fallut avancer avec précaution. Le résultat est satisfaisant puisque le malade entend la voix chuchotée à 5 mètres. Ce n'était pas une opération radicale, le principal était d'assurer l'écoulement du pus de la caisse. Au bout de 14 jours, la plaie était revêtue d'épithélium.

Quant à la dénomination, le pathologiste le plus expérimenté ne peut différencier l'exostose de l'hypérostose. La différence réside seulement dans la forme et la façon d'éclater; ce qui est pédiculé s'appelle exostose; sinon toutes les végétations osseuses sont des hypérostoses.

BEKE. — L'exostose survient sans inflammation, n'est pas pédiculée, sort lentement de la substance osseuse sans suppuration; dans les cas de suppuration, on est en présence d'hypérostoses.

KREPUSKA n'a cité que les opinions des autres. Une exostose surgissant de la base, est aussi un produit inflammatoire, mais celui d'une inflammation chronique.

LICHTENBERG. — Pour éviter les malentendus, je ferai observer que dans le cas de Krepuska, l'extraction des osselets était superflue; mais chez mon malade, le tympan était totalement détruit et les osselets durent être enlevés parce qu'ils étaient enclavés dans des granulations molles de la caisse et étaient affectés de carie.

7. WINCKLER. — **Elephantiasis des lèvres.** — Ouvrier de 45 ans, malade depuis huit ans, grand fumeur, a beaucoup souffert des dents. Bourrelets et hypertrophies des lèvres inférieure et supérieure. Leucoplasie de la muqueuse des angles de la bouche, des joues et des bords de la langue. Pas de syphilis.

---

*Séance du 28 avril 1898.*

*Président : V. NAVRATIL*

*Secrétaire : POLYAK*

1. MORELLI. — **Cordite hémorrhagique.** — Cuisinière, âgée de 39 ans, célibataire, vint consulter pour la première fois à la clinique, le 24 mars dernier. Son mal, consistant en toux sèche, douleurs dans le cou, embarras de la déglutition et de la parole, débuta il y a quatorze ans et reparut presque chaque année. L'affection actuelle apparut huit jours auparavant, sous forme de suffocation, raucité, toux violente, surtout la nuit; deux fois elle cracha du sang. Au laryngoscope, on voit que le larynx et la trachée sont recouvertes d'un mucus épais. La glotte et les cordes vocales sont comme revêtues d'un réseau. Au bout de trois jours, les cordes vocales vraies et fausses sont d'un rouge pourpre, veloutées et parsemées de caillots sanguins. Cet état subsista jusqu'au 30, date où je vis la malade pour la dernière fois; au début, je l'avais examinée le soir, les caillots de sang avaient déjà disparu, les cordes vocales étaient encore rouges mais non relâchées ni veloutées, ce que j'attribue aux badigeonnages avec une solution glycinée à 2 % qui, depuis des années, me réussit admirablement contre le catarrhe sec rebelle et les dépôts muqueux. Je l'emploie, de préférence, au nitrate d'argent.

Quant à la cordite hémorrhagique, je crois que cette affection revêt d'abord l'aspect d'un catarrhe sec, ainsi que le constate Gottstein, et que l'hypérémie et l'hémorrhagie proviennent de la toux violente et d'une commotion. Ces hémorrhagies ont été d'abord décrites en 1871, par Navratil, Strubing les mentionne simplement et les autres auteurs n'en parlent pas.

ZWILLINGER. — Ainsi que le dit Morelli, dans ce cas il existait aussi une laryngite sèche associée à des formations de croûtes sèches; il se peut que l'hémorrhagie ait eu une origine mécanique et qu'on n'ait pas eu affaire à une laryngite hémorrhagique au sens strict du mot. Le terme de laryngite hémorrhagique ne s'applique qu'aux formes aiguës de laryngite, dont l'aspect se modifie par l'hémorrhagie.

Je suis d'avis qu'on observe dans ces cas des troubles circulatoires et vasculaires; j'ai vu une malade arrivée au sixième mois

d'une grossesse qui, à la suite d'une laryngite aiguë, présenta un gros caillot sanguin sur la corde vocale droite. Cette observation rentre dans la catégorie des laryngites hémorragiques décrites par Strübing.

BAUMGARTEN partage l'opinion de Zwillinger, et considère seulement comme laryngites hémorragiques les cas où l'hémorragie est l'unique symptôme; dès que survient une laryngite sèche, l'idée d'une laryngite hémorragique peut être repoussée. Dans le cas en question, je ne crois pas à l'existence d'une laryngite hémorragique, puisqu'on est en présence de croûtes et non de caillots sanguins.

NAVRAIL a relaté, en 1869, la première observation de cette affection, chez un malade atteint, depuis un ou deux jours, de laryngite aiguë. J'ai adopté le terme de cordite hémorragique, parce qu'après avoir enlevé les caillots sanguins existant sur les cordes vocales, je vis encore par places des hémorragies suivies de formation de caillots sanguins; ceux-ci cédèrent sous l'influence de badigeonnages énergiques, mais l'hémorragie reparut. Cette affection aiguë dure de dix à quinze jours, jusqu'à ce que la corde vocale tuméfiée ait recouvré son aspect normal.

J'ai vu et soigné des cas primitifs de cordite hémorragique aiguë. Pour l'hémorragie, il est accessoire qu'elle provienne d'un ou de plusieurs points, ou de toute la surface, ce qui ne modifie en rien le diagnostic.

MORELLI ne pense pas que son cas contredise les idées de Strübing, qui, lui-même, rapproche des cas de laryngite catarrhale accompagnée de sécrétion muqueuse. Je suis enclin à admettre l'hypothèse de Gottstein, disant qu'une cordite sèche aiguë peut engendrer des hémorragies laryngiennes et que la grossesse et la menstruation jouent un rôle dans les cas de ce genre. Notre malade avait eu ses règles avant l'apparition de l'hémorragie du larynx et elle n'est pas enceinte.

2. MORELLI. — **Un cas de calcul bronchial.** — Calcul provenant d'une femme de 34 ans, dont les parents sont bien portants. La malade, mère de trois enfants, souffre, depuis plusieurs années, d'un catarrhe sec du nez, du larynx et de la trachée, qui s'accroît principalement en automne, depuis que l'épidémie d'influenza a amené des complications graves. La malade, bien constituée, eut, le 14 décembre dernier, une attaque d'influenza, douleurs à la déglutition, douleurs s'irradiant dans l'oreille, abattement, sensation fiévreuse sans élévation de la température, tuméfaction du



voile palatin, tels étaient les symptômes principaux qui s'amendèrent à tel point que la malade se leva le 17. Le 19, apparition de frisson, avec 39° de fièvre, élancements dans la moitié droite de la poitrine jusqu'à l'omoplate. Peu de toux et de crachats. A l'auscultation et à la percussion, on ne trouve pas de ramollissement. Les côtes et les muscles du dos sont sensibles à la pression. La fièvre était accompagnée de douleurs disséminées et de rémissions matinales jusqu'au 26, époque à laquelle, après des crises de toux et de suffocation, la malade rejeta le calcul. Au bout de quelques minutes, violente hémorrhagie (40 à 50 grammes de sang). L'expectoration sanguine dura quatre jours et se renouvela en quantité moindre le sixième jour. Après le rejet du calcul, la température redevint presque normale. Les calculs des bronches et des poumons sont des raretés. On connaît seulement les cas de Koranyi et de Mayer, ce dernier concernant un phthisique qui cracha trente calculs.

Le calcul bronchial est formé par l'épaississement et la calcification de la sécrétion des bronches, tandis que le calcul pulmonaire est la calcification de l'infiltration caséuse alvéolaire et lobulaire.

Le calcul peut être gros comme un grain de mil, un haricot ou une noisette, être lisse ou framboisé et consister en chaux phosphorescente, magnésie ou chaux d'acide carbonique, mêlées à quelques substances organiques, comme les pierres en général. Les calculs se vident par la suppuration. Lors de l'expectoration des calculs, des bronches ou des poumons, on observe toujours la colique pierreuse. Le calcul pulmonaire est une suite de la tuberculose. Mager différencie la broncholithiase primitive dans laquelle il comprend les calculs des bronches, de la forme secondaire dans laquelle le calcul pénètre dans les bronches par l'extérieur. Ma malade, qui habite la campagne, a l'habitude, au moment de la moisson, de mâcher des épis, et il se peut que l'un d'eux, dans sa chute dans les bronches, ait été l'origine du calcul, la malade n'étant pas tuberculeuse. Le calcul était de la dimension d'un grain de café, et quand la malade vint me consulter, son visage était enflé et elle touchait le corps étranger avec sa langue. Le calcul était recouvert d'une sécrétion fétide; du reste, la malade se plaignait, depuis dix-huit mois à deux ans, d'être incommodée par une odeur nauséabonde.

3. HALASZ. — **Traitement des otites moyennes chroniques suppurées par l'acide trichloracétique.** — Sur cinquante malades

soignés par l'acide trichloracétique, dans 42 cas, la perforation tympanique se cicatrissa. 8 cas ne guérissent pas, dont 4 de perforation de la membrane de Shrapnell, deux fois la partie postéro-supérieure du tympan était perforée, et dans les deux autres, le tympan était complètement détruit.

Sur les 42 cas de guérison, dix fois la membrane tympanique faisait totalement défaut, mais chez vingt-huit malades, l'audition fut rétablie, et notablement améliorée chez les autres ; quant aux troubles auditif subjectifs accompagnant les perforations tels que bourdonnements, effervescence, etc., ils cessèrent tout à fait.

Depuis le traitement par l'acide trichloracétique le port d'un tympan artificiel est absolument superflu, vu que le nouveau procédé aide notablement au rétablissement de l'audition.

H. résume ainsi son expérience :

1° L'application de l'acide trichloracétique ne cause aucune douleur après qu'on a laissé séjourner cinq minutes dans l'oreille une solution fraîche de cocaïne de 15 à 20 % ;

2° Elle aide à la cicatrisation des perforations sèches, humides et suppurées sans distinction d'âge. L'acide trichloracétique garantit contre la formation de petits polypes et de granulations ;

3° Ce traitement soulage les otorrhées chroniques anciennes résistant à tout traitement autre qu'une opération ;

4° La cicatrisation de la perforation est suivie de la régénérescence du tympan et de la disparition des bruits subjectifs ; et l'occlusion du tympan préserve l'oreille d'une réinfection externe ;

5° Enfin, ce traitement améliore non seulement l'audition, mais la rétablit presque toujours.

#### 4. KREPUSKA. — Opération d'ostéite mastoïdienne non otitique.

— A la séance du 3 mars dernier, j'eus l'honneur de présenter un cas d'ostéite mastoïdienne non otitique, dans lequel le malade accusait seulement des bourdonnements à gauche et de la surdité. Depuis dix jours, la région sise derrière le pavillon gauche gonflait toujours et elle était devenue si douloureuse que le malade ne pouvait plus dormir. Lors de la présentation, derrière et au-dessus du pavillon, existait une hypertrophie du volume d'un poing d'enfant, entourée d'une paroi infiltrée épaisse inflammatoire, dure, à peine sensible, s'étendant jusqu'à la région temporale et à l'os pariétal. J'ai remarqué que la pointe de l'apophyse mastoïde n'était pas recouverte de parties molles enflammées.

Le pavillon était projeté en bas et en avant. La paroi supé-

rière du conduit pendait comme un sac et obstruait complètement le conduit. L'épithélium du conduit auditif externe était intact, non macéré. Pas de fièvre.

Cliniquement, l'affection donnait l'impression d'une ostéite analogue à celle qu'on regarde comme une tuberculose primitive chez l'enfant; l'ostéite syphilitique mastoïdienne est assez répandue, aussi, dans ces cas, la caisse n'est affectée que secondairement.

L'opération a été pratiquée le 28 février dernier, à l'hôpital Saint-Jean. Au-dessous du périoste, on trouva du muco-pus, la base de l'apophyse mastoïde était dégagée jusqu'à la squame et à la paroi osseuse du conduit; à la base de l'apophyse mastoïde se trouve une fistule grosse comme une lentille, à travers laquelle fait issue une tumeur rougeâtre. Les cavités mastoïdiennes sont remplies de masses rouges granuleuses, l'« aditus » de même. La membrane tympanique est seulement un peu injectée; je me borne à vider la mastoïde et ne fais pas l'opération radicale.

Cicatrisation lisse et prompte. Actuellement, la cavité mastoïdienne est bourrée presque totalement de tissu granuleux compact; l'orifice rétro-auriculaire est à peine gros comme un petit pois. Conduit auditif large. Membrane tympanique transparente. Audition :

Oreille droite :	montre =	1,50,	chuchotement	4,0
— gauche :	— =	0,05,	—	0,5

On fit des cultures avec le pus de l'abcès mastoïdien et au bout de vingt-quatre heures, on obtint de petites colonies transparentes caractéristiques, formées de petits diplo et streptocoques. Le microbe que je cherchais à isoler du pus et le *diplocoque lancéolé de Fraenkel*, ou comme on l'a dénommé plus récemment le *streptocoque lancéolé de Pasteur*. La recherche des bacilles tuberculeux donna un résultat négatif.

Quelle a été l'origine de cette affection plutôt localisée à la muqueuse? Faut-il incriminer une maladie de la caisse ou la propagation par voie hématogène?

Les otites dues au diplocoque de Fraenkel n'évoluent pas ordinairement sans causer de souffrance et entraîner de complications graves; aussi, est-il peu probable que la maladie du sujet qui nous occupe ait débuté par une otite moyenne.

Nous admettrons que les microbes, sans se manifester dans la caisse, n'ont engendré que les troubles des cavités mastoïdiennes.

Les granulations ont été examinées à l'Institut anatomo-patho-

gique du Prof. Pertik, elles consistent surtout en tissu cicatriciel, très vascularisé et infiltré de cellules rondes. Des hémorragies parsèment ces granulations. Un point remarquable est l'ossification des granulations.

Le diplocoque lancéolé de Fraenkel peut donc engendrer non seulement la suppuration, mais des hémorragies et des hypertrophies des tissus.

SZENES a vu le malade à sa clinique et a conclu à la nécessité absolue de l'intervention.

5. ZWILLINGER. — **Kyste de la bourse muqueuse pré-hyoidienne.** — H. B., 32 ans, a remarqué, depuis quatre semaines, un nodule sur son cou, qui a augmenté rapidement de volume, sans le gêner. Il vient consulter uniquement pour savoir si cette affection ne peut pas s'aggraver.

A la partie antérieure du cou, à peu près au milieu, entre le bord du cartilage thyroïde et l'os hyoïde, se trouve une tumeur grosse comme une noisette, ronde et normalement épithélialisée. Catarrhe laryngé bénin. Glandes du cou normales. Le diagnostic était hésitant entre un kyste développé à la suite de la rétention de son contenu, suivie d'inflammation et une glande lymphatique suppurante. Je désirerais avoir l'avis de mes confrères avant d'intervenir, car on sait que l'extirpation, la ponction et l'injection de solutions irritantes ne donnent pas de bons résultats.

MORELLI. — Il faudrait ponctionner pour déterminer la nature du kyste d'après le résultat des examens bactériologique et clinique et décider s'il y a lieu d'opérer.

NÉMAL. — Ne pourrait-on pas exciser la tumeur avant de rechercher si l'on a affaire à un lymphôme ou à un kyste de rétention.

MORELLI. -- S'il faut choisir entre l'ablation du kyste ou la cautérisation, je suis d'avis de faire d'abord la ponction.

ZWILLINGER. — Je ponctionnerai.

NÉMAL. — Quel que soit le résultat de la ponction, le kyste devra toujours être enlevé.

NAVRATIL dit que dans ce cas l'extirpation est le traitement le plus simple et le plus radical.

---

## SOCIÉTÉ PHYSICO-MÉDICALE DE MOSCOU

*Séance du 13 avril 1898.*

(Wratch 1898, n° 18, p. 539).

E. N. MALIOUTINE. — **Importance de la configuration du palais osseux en tant que partie essentielle de l'appareil résonnateur chez les chanteurs.** — L'auteur fait observer que l'attention n'a point encore été attirée sur ce sujet ; ses observations ont porté sur la forme du palais de chanteurs et de chanteuses renommés pour la plupart ; des moulages très soigneusement pris permettent de suivre les démonstrations de l'auteur. Ses conclusions sont les suivantes : 1) toutes conditions égales d'ailleurs, la forme du palais a une grande influence sur la force aussi bien que sur l'étendue de la voix ; 2) l'examen objectif du palais peut permettre de prédire jusqu'à quelle limite le chanteur peut compter sur l'augmentation de sa voix, l'auteur propose des procédés de mensuration de la pente et de la voûte du palais ; 3) l'étude de la forme de palais chez les différentes races peut expliquer leurs dispositions plus ou moins grandes pour le chant.

M. N. W.

## SOCIÉTÉ OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE MADRID

*Séance du 24 mai 1898 (1).*

I. GOMEZ DE LA MATA. — **Un cas de rhinite blennorrhagique.** — Contrairement à l'assertion de Zaufal à propos de la rareté de la blennorrhagie des fosses nasales, l'auteur a observé un cas curieux de cette affection il y a deux ans environ. Il fut appelé par un confrère auprès d'un malade atteint d'une légère lésion cutanée des ailes du nez, qui ayant quitté Madrid, revint au bout de quarante-huit heures fort alarmé d'avoir vu survenir presque aussitôt après son départ un abondant écoulement nasal, et s'étant regardé dans une glace, il s'aperçut que le cartilage de sa cloison était détruit. Mis en présence de cette destruction, G. de la M. attribua immédiatement à une blennorrhagie nasale, et poussant ses in-

(1) D'après la *oto-rino laring. española*. Juillet 1898.

vestigations de ce côté, il reconnut l'existence d'une blennorrhagie uréthrale, point de départ de l'auto-inoculation. Sous l'influence d'irrigations nasales au permanganate de potasse et de badigeonnages de nitrate d'argent, l'écoulement céda en huit ou dix jours; on pratiqua plus tard la rhinoplastie.

FORNS a vu une ophthalmie purulente, accompagnée de rhinite caséo-purulente, l'infection s'étant propagée à travers les voies lacrymales, chez une enfant nouveau-né chez laquelle à l'analyse on trouva des gonocoques et une suppuration pharyngienne ressemblant à une adénoïdite blennorrhagique.

ROCA AUGUET. — Ce qui choque dans le cas de Gomez de la Mata, c'est la destruction rapide de la cloison par le pus blennorrhagique, fait qui pourrait s'expliquer par la présence d'autres microbes. Le malade en question n'avait-il pas d'antécédents spécifiques ?

GOMEZ DE LA MATA. — Après l'avoir minutieusement interrogé et examiné je n'ai pas trouvé trace de spécificité.

GONZALEZ CAMPO incline également à croire à l'existence d'un autre microorganisme en plus de celui de Neisser, puisque celui-ci seul ne peut produire des accidents semblables sur les points de l'appareil génital où il siège, ni causer de destruction à si brève échéance lorsqu'il affecte la conjonctive dans les cas d'ophthalmie blennorrhagique.

FORNS demande si ce malade n'aurait pas eu auparavant une destruction de la cloison dont on ne se serait aperçu que lors de la suppuration; peut-être était-il atteint autrefois d'un ulcère perforant de Hajek, avec lésions eczémateuses antérieures à la blennorrhagie. F. cite le cas d'un malade ignorant l'existence d'une perforation étendue de la cloison, qui fut reconnue lorsqu'il alla consulter pour un catarrhe des trompes; il avait souffert longtemps de céphalées intenses rebelles à tout traitement et qui, lorsqu'on en eut reconnu l'origine, guérèrent par de simples insufflations de tabac à priser mentholé.

2. FORNS. — **Coryza hypertrophique.** — Affection caractérisée par une série de douleurs dont le traitement varie selon la forme. Nous appelons coryza hypertrophique une hypertrophie de la pituitaire, mais comme cette région renferme divers tissus, c'est une lésion complexe de types arrivant à être opposés. D'après de nombreux examens anatomo-pathologiques entrepris en vue de cette étude, l'auteur affirme l'existence de trois groupes, hypertrophie muqueuse, hypertrophie caverneuse, sans lésion muqueuse, et hypertrophie de type mixte. Elles sont faciles à distin-

guer cliniquement. Dans la première catégorie la muqueuse est rugueuse, turgescence, d'un rose clair, avec petits points visibles, qui sont des bouches glandulaires siégeant de préférence sur les cornets inférieurs. Ainsi caractérisée, elle doit être soumise à un traitement local par des badigeonnages avec une solution aqueuse de résorcine à parties égales ainsi que le recommanda Gonzales Campo au 1<sup>er</sup> Congrès espagnol de spécialité. Cette médication produit un durcissement qui donne plus d'ampleur aux fosses nasales. Le second type est la forme polypoïde donnant l'impression d'un polype sessile considérable avec intégrité de la muqueuse ; implanté à l'extrémité et à la queue des cornets et offrant un aspect framboisé. Le type mixte est le plus répandu ; il varie suivant les tempéraments ; à ce propos, Pelaez a fait de curieuses observations sur ses rapports avec le système génital ; l'hypertrophie diffuse produit une sténose nasale plus prononcée ; les cornets moyens s'hypertrophient plutôt que les cornets inférieurs, provoquant à l'occasion des sinusites.

*Première forme.* — Elle n'est pas uniquement tributaire de la résorcine ; on peut aussi se servir de nitrate d'argent (Chiari emploie des tampons d'ouate enduits de gomme qu'il fait sécher puis imbibé d'une solution concentrée de ce sel, et introduit dans le nez où il les laisse séjourner pendant cinq minutes). On se sert également d'acide trichloracétique, d'acide chromique fondu et d'acide nitrique.

*Seconde forme.* — Pour le traitement, il faut agir sur le tissu caverneux en lésant le moins possible la muqueuse et en respectant le tissu glandulaire. Le galvano-cautère guérit l'hypertrophie, en créant une atrophie par rétraction cicatricielle. On emploiera d'autres procédés en cas de polypes de l'extrémité ou de la queue des cornets, lorsqu'elle sera perpendiculaire on se servira de l'anse froide, en laissant le bord du cornet intact. Le tissu peut être incisé avec un petit couteau, comme ceux employés par les oculistes, jusqu'au tissu caverneux, parallèlement à la muqueuse, sans la toucher ; on détermine ainsi une hémorrhagie dans l'épaisseur du tissu, le sang répandu se résorbe et l'hypertrophie diminue par la rétraction ultérieure qui peut s'accroître en introduisant dans la voie ouverte par le bistouri un stylet mince à l'extrémité duquel on fond un cristal d'acide chromique.

*Troisième forme.* — Les diverses formes de la lésion obligent à faire choix d'un traitement selon les cas ; elle peut être le prélude d'une rhinite atrophique, et on voit, dans l'hypertrophie, du tissu adulte qui transforme la muqueuse en peau emprisonnant les

glandules. L'hypertrophie de la muqueuse se soigne de la manière ci-dessus exposée ; le traitement galvanique de l'extrémité des cornets moyens peut donner lieu à des affections phlogistiques graves aiguës et même érysipélateuses, il se peut aussi que l'érysipèle envahisse toute la tête. Forns préfère amputer l'extrémité du cornet, en incisant sa portion antérieure, et la sectionnant avec un ciseau angulaire, jusque près de son insertion pariétale, puis on introduit l'anse froide et on sectionne ; s'il survient une hémorragie, on l'enraye avec du bioxyde d'hydrogène puis on tamponne.

Si la cloison se latéralise jusqu'à l'hypertrophie, elle provoque de l'obstruction même si l'on résèque le cornet et on aura recours à la résection de la cloison ou nasectomie. En se bornant à supprimer le bord du cornet on évitera l'atrophie consécutive de la muqueuse.

GOMEZ DE LA MATA, à propos du traitement des hypertrophies de la première catégorie, dit qu'il se servait de nitrate d'argent jusqu'à ce que G. Campo eut préconisé la résorcine qui ne donne pas lieu à la douleur provoquée par le nitrate d'argent et réussit plus rapidement et plus sûrement.

Ce médicament, discrédité pour soigner l'affection pour laquelle on le recommanda d'abord, est très utile dans cette forme d'hypertrophie nasale. Pour la forme caverneuse, G. de la M. se sert du petit couteau de Graefe, comme Forns, et cautérise avec la ferropyrine ; il se méfie du galvano qui occasionne dans certains cas de l'érysipèle et des phlébites du sinus caverneux. Dans deux ou trois cas mixtes, il enleva le polype avec des ciseaux et retira l'éperon à l'aide d'un couteau coudé.

GONZALEZ CAMPO a constaté, lors du Congrès tenu à Madrid en novembre dernier, l'échec du traitement préconisé par Marage pour les végétations adénoïdes, mais qui peut être employé avec succès dans la rhinite hypertrophique, mais cette thérapeutique ne lui est pas personnelle, et ne voulant pas se parer des plumes du paon, il dit que c'est Compaired qui a initié le traitement de l'hypertrophie nasale au moyen d'une solution résorcinée et que lui-même s'est borné à l'essayer et à rendre compte de ses observations. Actuellement, on peut affirmer que ce moyen est le seul qu'il faille appliquer à la forme muqueuse d'hypertrophie, et qu'il modifie aussi quelquefois les productions polypoides de la seconde catégorie. Ce traitement n'excluera pas les autres, mais on y aura recours chaque fois que le malade repoussera l'intervention chirurgicale : il pourra également être fort utile entre les mains



d'un médecin non spécialiste qui ne serait pas habitué aux opérations intra-nasales.

---

## ASSOCIATION LARYNGOLOGIQUE AMÉRICAINE

VINGTIÈME CONGRÈS ANNUEL

*Tenu à Brooklyn N.-York les 46, 47 et 48 mai 1898 (1).*

### Ouverture du Congrès.

Le Dr THOMAS R. FRENCH, après avoir résumé l'histoire de l'Association qui entre dans sa vingtième année d'existence, étudie non sans humour, les conditions de la spécialité naso-laryngologique. Les opérations laryngées relativement difficiles sont en général bien faites. Les interventions nasales beaucoup plus faciles en apparence sont souvent tentées et tentées avec un succès médiocre par des mains peu expérimentées. Il rappelle l'opinion de Morell Mackenzie qui disait qu'il faut se décider pour un spécialiste dans les dix premières années de sa carrière médicale mais non plus tardivement. La spécialisation sérieuse est la condition même du progrès scientifique.

1. JOHN MACKINTYRE. — **Emploi des rayons X.** — M. a obtenu par les rayons X des images du septum des racines dentaires, des pièces d'ossification du cartilage thyroïde. Il a même obtenu des images du larynx mais moins nettes que celles des os et des corps étrangers.

2. J. N. MACENZIE, de Baltimore. — **Néoplasmes trachéo-laryngés d'origine tuberculeuse.** — Divise les néoplasmes tuberculeux du larynx et de la trachée en trois groupes. Le premier groupe est celui des hypertrophies granulaires ou granuleuses. Le second groupe est celui des papillomes moins communs que les précédents, siégeant un peu partout dans le larynx mais surtout sur la paroi postérieure. Ce groupe est encore mal connu. Dans un cas survenu chez un tuberculeux, le papillome était infiltré de tubercules très nets histologiquement. Le papillome inséré sur la corde vocale droite ressemblait à un morceau de corail mobile pendant la phonation, d'une face à l'autre de la glotte. Le troisième groupe

(1) D'après le compte-rendu du *Medical Record*, 4 juin 1898.

renferme les tumeurs tuberculeuses vraies. Celles-ci surviennent sans ulcération, sans infiltration tuberculeuse de voisinage. Elles sont recouvertes par une moyenne normale qui ne s'ulcère que tardivement. Elles sont rares et M. n'en a vu en tout que trois cas. Le diagnostic clinique avec les tumeurs malignes est souvent fort difficile; le microscope seul permet de reconnaître les tubercules siégeant très profondément et non comme dans les formes ordinaires, directement sous l'épithélium. Ces tumeurs qui peuvent aussi siéger dans la trachée ont une marche torpide et lente. Les cautérisations au galvano-cautère, les pansements à l'acide lactique réussissent mieux que l'excision sanglante. Pourtant, si le larynx était envahi en entier, si l'état général était très satisfaisant, l'ablation totale pourrait être indiquée.

*Discussion.*

DE LAVAN, est lui aussi, très peu partisan de l'excision sanglante. Les injections sous muqueuses d'acide lactique lui ont donné de très bons résultats.

RICE, de New-York, rapporte un cas de granulome type, situé entre les cartilages aryténoïdes et ayant abouti à une ulcération superficielle.

SWAIN, de New-Haven, signale que le papillome le plus volumineux de l'espace inter aryténoïdien qu'il ait jamais rencontré s'était développé chez un tuberculeux. Une cure d'un an et demi à Adirondack rétablit à la fois la santé générale et fit disparaître les accidents locaux. Mais plus tard survint une tuberculose articulaire.

3. F CHAPPELL, de New-York. — **Traitement climatérique de la phtisie laryngée.** — Signale les bons effets de ce traitement et décrit les avantages du traitement à la fois général et local, en usage au sanatorium de Loomis.

*Discussion.*

E. MAYER, de New-York, insiste sur un facteur essentiel, la longue durée du séjour au sanatorium, durée à laquelle consentent rarement les malades. La nature du climat clair et froid, sec, chaud et humide offre une grande importance.

J. NEWCOMB croit qu'un séjour de courte durée dans un sanatorium peut souvent suffire. Le malade, une fois son éducation thé-

rapeutique et prophylactique faite, peut retourner sans inconvénient chez lui.

4. K. SIMPSON, de New-York. — **Eponge de Bernay dans les hémorragies du nez et du nasopharynx.** — Recommande cette éponge faite de coton comprimé à la presse. Le coton en se gonflant assure une excellente compression. De plus, son pouvoir absorbant est très considérable. Ce pansement est aussi fort bon pour maintenir le septum fracturé.

*Discussion.*

MACKENZIE demande si ce pansement dilatable ne donne pas de douleurs.

SWAIN demande, de son côté, s'il peut être facilement retiré sans provoquer de nouvelle hémorrhagie.

SIMPSON répond : 1<sup>o</sup> que les douleurs sont très tolérables, 2<sup>o</sup> que l'ablation de l'éponge, en raison de son élasticité, se fait malgré la dilatation aussi facilement que celle d'un pansement ordinaire.

3. J. W. GLEITSMANN, de New-York. — **Autoscope de Kirstein.** — Présente cet instrument destiné à bien montrer la paroi postérieure du larynx. Il ajoute cette réflexion peu encourageante que les malades auxquels on applique cet autoscope... ne reviennent en général pas. L'anesthésie est nécessaire.

6. BEVERLEY ROBINSON. — **Gonflement de l'amygdale linguale comme cause de toux.** — Montre que beaucoup de toux insidieuses, tenaces surtout chez les adultes jeunes, dépendent d'une hypertrophie de l'amygdale linguale. Ces toux sont attribuées à tort à un réflexe nerveux, à l'estomac. Cependant, l'anémie, la constipation, les écarts de régime jouent un rôle adjuvant ainsi que la diathèse rhumatismale. Au début de la congestion aiguë de l'amygdale, l'expectoration est peu abondante, plus tard vient du mucopus, parfois même, ce mucopus est sanguinolent. Tous les symptômes s'aggravent beaucoup la nuit. Le patient, après deux à trois heures de sommeil, est réveillé par des quintes très pénibles. Le gonflement est en général plus marqué du côté gauche. Le traitement général dépend surtout de la goutte, du rhumatisme, parfois de la malaria. En cas d'insuffisance rénale, R. vante beaucoup l'esprit de Mindererus. La teinture d'iode additionnée de partie égale de glycérine et d'eau est le meilleur topique local. Le

changement d'air a souvent une très bonne influence. Mais souvent il sera nécessaire d'avoir recours suivant les cas au galvanocautère, au serre-nœud, à l'amygdalotome.

*Discussion.*

JAMES NEWCOMB recommande comme topique local la glycérine boratée, comme traitement interne l'oxalate de cérium.

CLARENCE RICE insiste sur la rareté des inflammations de l'amygdale linguale dans l'enfance. Quand elles se produisent, elles sont consécutives à des inflammations de voisinage. Chez l'adulte il signale les confusions fréquentes et l'importance du diagnostic avec les glossites.

L. SWAIN, de New-Haven, montre qu'à la naissance il n'y a pas encore de tissu adénoïde à la base de la langue. Mais chez l'enfant, à la suite des maladies infectieuses, il n'est pas rare de voir ce tissu se développer notablement en même temps qu'apparaissent des végétations adénoïdes du pharynx.

JOHN ROE, de Rochester, rappelle qu'il y a souvent simultanément hypertrophie des diverses amygdales. Toute la base de la langue est quelquefois variqueuse. Parfois, il y a une masse nodulaire qu'on ne peut enlever que par fragments. Les opérations sur l'amygdale linguale sont peu douloureuses et la cocaïne suffit très bien.

J. W. GLEITSMANN signale un cas de toux opiniâtre guérie chez une femme par l'ablation de l'amygdale linguale. — Une rechûte céda à l'ablation d'un petit fragment resté. Il n'a jamais vu cette hypertrophie chez l'enfant.

7. JOHN O. ROE. — **Traitement de la fracture du sinus maxillaire avec dépression de la paroi antérieure.** — Rapporte un cas où le redressement de la paroi enfoncée fut fait au moyen d'une sonde courbe introduite dans le sinus. Le résultat esthétique fut parfait.

8. JOHN O. ROE. — **Traitement des fractures du nez.** — Divise ces fractures en simples, compliquées, comminutives. L'hémorragie est souvent très abondante et très gênante. L'antisepsie a une importance capitale pour prévenir et diminuer le gonflement. La réduction ne doit pas être faite avec une force excessive. Dans l'application des divers appareils contentifs, il importe également de graduer la pression.

*Discussion.*

CASSELBERY, emploie comme appareil contentif l'emplâtre de Paris combiné avec un tamponnement intérieur à la gaze iodoformée.

GEORGE A. LELAND de Boston regarde la réduction faite au moyen du petit doigt comme plus sûre, plus complète, moins brutale que celle faite avec les instruments. La réduction intranasale est beaucoup plus importante que la réduction extranasale. Il en est de même de la contention. Dans les appareils contentifs, l'attention doit surtout porter sur les attelles intérieures.

9. L. WAGNER, de San Francisco. — **Diagnostic précoce de la coqueluche.** — A très souvent eu comme rhinologiste à examiner des coqueluches au début, à cette période trainante où le diagnostic est incertain. L'examen du mucus nasal est pathognomonique. Au lieu de quelques rares bactéries on y trouve en effet des bactéries très nombreuses, arrondies et un peu renflées aux extrémités empoulées, ressemblant assez bien au pneumocoque de Friedlander. Ce diagnostic précoce évitera toute contagion.

*Discussion.*

SWAIN demande : 1° si les bactéries sont constantes, 2° si elles apparaissent longtemps avant les quintes caractéristiques.

WAGNER a trouvé ces bactéries dans tous les cas examinés sans exception. Elles sont inconstantes dans le pharynx, constantes dans le nez. Elles précèdent de beaucoup la toux quinteuse.

10. L. WAGNER, de San Francisco. — **Lèpre de la lèvre.** — Rapporte un fait de lèpre de la lèvre avec diagnostic confirmé histologiquement. Cet ulcère avait été au début regardé comme syphilitique. Il rappelle l'opinion par laquelle le bacille lépreux envahit d'abord la muqueuse des voies respiratoires inférieures qui constitueraient sa route d'infection. Son malade ne présentait d'ailleurs rien ni dans le nez ni dans la gorge.

11. E. MAYER, DELAVAN, SIMPSON, de New-York. — **Anesthésique de Schleich.** — Vantent les très bons effets de la solution de Schleich pour les opérations sur le nez et la gorge. Ce mélange anesthésique a pour point d'ébullition la température du corps. La rapidité de l'anesthésie, la rapidité du réveil, l'absence de période

d'excitation, d'asphyxie, de cyanose, de vomissements constituent des avantages réels. La force du pouls est plutôt augmentée.

12. LANGMAID, de Boston. — **L'enrouement des chanteurs.** — Montre que la muqueuse nasale et les cornets sont gonflés, le larynx congestionné dans cet enrouement. Quand toute lésion catarrhale manque, il y a trouble de la musculature glottique. Le traitement général s'adressera surtout à l'anémie et au rhumatisme, le traitement local à la congestion de la muqueuse, à la réduction des parties hypertrophiées, parfois au redressement du septum défiléchi. Les inhalations de vapeurs tièdes donnent, en cas de sécheresse de la muqueuse, un soulagement réel. La strychnine en cas de parésie musculaire est le meilleur médicament. Le repos de la voix est trop souvent indispensable pendant tout le traitement.

13. EDWIN RHODES, de Chicago. — **Spasme des tenseurs des cordes vocales.** — Etudie cette affection rare dont Mackenzie n'avait vu en tout que treize cas. Elle est souvent due au surmenage vocal chez un sujet nerveux et comparable à la crampe des écrivains. La voix est hésitante, saccadée, interrompue. Les topiques locaux, la strychnine, les pulvérisations ne donnent pas de résultats. Le repos absolu et prolongé de la voix, les toniques (fer, arsenic, iodure de potassium), l'électricité réussissent mieux. Les badigeonnages astringents sont parfois utiles. La cocaïnisation des fosses nasales diminue pour quelque temps le spasme mais devrait être rejetée à un moment donné. La gêne professionnelle est donc extrême et le pronostic fonctionnel très sérieux.

#### *Discussion.*

SIMPSON discutant l'enrouement et la dysphonie spasmodique des chanteurs insiste sur le surmenage vocal. Le larynx humain est fait pour parler et non pour chanter. C'est surtout dans l'accentuation des tons trop élevés ou trop bas qu'il y a fatigue des cordes vocales. Chez un sujet ayant commencé le chant dans l'extrême jeunesse, il a vu ce surentrainement amener en trois ou quatre ans une laxité des cordes vocales qui rend le chant tout à fait impossible. Inversement chez une femme âgée déjà de cinquante-cinq ans qui s'était découvert une vocation tardive de cantatrice, les leçons de chant amenaient très vite de la raucité de la voix et un gonflement des cartilages aryténoïdes.

MACKENZIE, de Baltimore, signale un cas de voix de fausset due à

une épine nasale gênant la respiration et à un vice de position du larynx. L'entraînement des muscles lui paraît la grande condition du traitement.

DEHAVAN insiste sur l'asthénie générale qui retentit si vite sur les cordes vocales. Il combat par suite l'emploi de la cocaïne en raison de son action locale et en raison des abus répétés si faciles.

14. W. HINKEL (de Buffalo). — **Lipome du larynx.** — Rapporte un fait de lipome du larynx. Malgré cette bénignité histologique, la tumeur a récidivé et a été enlevée à trois reprises différentes. L'épiglotte présente un aspect très spécial et la fosse épiglottique est remplie par du tissu lipomateux, les veines de la base de la langue sont variqueuses.

15. W. HINKEL. — **Anesthésie et ablation de végétations adénoïdes.** — Rapporte un cas de mort subite survenue au cours de l'anesthésie chloroformique faite pour l'ablation de végétations adénoïdes.

16. AMES BLISS, de Philadelphie. — **Récidives après l'ablation de végétations adénoïdes.** — Rapporte trois cas de ces récidives toujours dues à une ablation insuffisante.

17. BRYSON DELAVAN. — **Traitement opératoire des végétations adénoïdes.** — Croit que ce traitement doit être dominé par deux principes: 1<sup>o</sup> ablation soigneuse et complète qui seule évite toute récidive, 2<sup>o</sup> absence de toute brutalité dans le maniement des instruments. Quoi qu'on en ait dit, la douleur peut être très vive. Il étudie les divers instruments ayant tous leurs avantages généraux. Le grattage avec l'ongle de l'index est d'une grande sûreté. La curette tranchante doit être abandonnée comme trop dangereuse au point de vue hémorragies. L'anesthésie doit être complète quand on emploie les anesthésiques généraux. Ceux-ci sont parfois nécessaires en raison de l'âge, de la résistance de patients vigoureux. Le sang doit être épongé avec grand soin.

#### *Discussion.*

GLEITSMANN n'a pu éviter la récidive dans 3 % environ de ses opérations. Il a eu toute satisfaction du bromure d'éthyle.

CASSELBERRY emploie l'éther dans les opérations qui doivent être longues, le bromure d'éthyle pour les opérations très courtes.

WAGNER a renoncé aux méthodes usuelles qui exposent trop aux récidives. Il saisit les végétations au moyen d'un crochet spécial et les dissèque complètement. L'hémorrhagie est aussi très modérée et la récurrence fait toujours défaut.

TRASHER, de Cincinnati, regarde les accidents dus au chloroforme comme possible à éviter en le donnant soigneusement.

LOGAN, de Kansas City, emploie l'anesthésie générale chez les enfants seulement. L'anesthésie locale suffit toujours chez l'adulte. Chez les premiers il emploie surtout la curette et le grattage à l'ongle. Chez les adultes il se sert presque uniquement de la pince. Au voisinage de la trompe d'Eustache, il emploie uniquement l'ongle de l'index et évite ainsi toute lésion.

SWAIN a obtenu de bons effets du chloroforme donné à la période de légère anesthésie.

BRYAN regarde l'anesthésie comme dangereuse quand elle est poussée au point d'abolir tout réflexe et qu'elle supprime l'expectoration. Bien enlevées, les végétations ne récidivent pas. Dans certains cas où réapparaissent les troubles fonctionnels on trouve le pharynx libre. Mais il y a rhinite aiguë et engorgement du cornet inférieur. Il emploie la curette et le forceps et a fait donner à ses instruments une courbure spéciale calculée sur les moulages mêmes du pharynx à différents âges.

18. MULHALE, de Saint-Louis. — **Voies respiratoires inférieures et santé générale.** — Insiste sur la relation complexe, limite entretenue par un mauvais état général et l'aggravant à son tour. L'emploi intérieur du bicarbonate de soude à haute dose, préconisé par le Dr Bulkley, améliore souvent très vite les rhinites aiguës chez les gouteux. Les auto-intoxications d'origine gastro-intestinale ont aussi une grande importance. L'influence d'un régime sévère, d'exercice au grand air est extrêmement favorable sur la voix. Dans le catarrhe purulent de l'adolescence il est à peu près impossible d'obtenir aucun résultat tant que l'enfant est condamné à la mauvaise nourriture, à l'existence enfermée du collège. La vie en plein air est essentielle.

#### *Discussion.*

MAYER, dans le cas si douloureux de congestion grippale des cornets, a obtenu de très bons effets de la teinture de gelsemium à doses faibles et répétées. Localement, la pratique de Delavan, ponctions et pulvérisations d'une solution de menthol, réussit aussi fort bien.



19. L. WAGNER, de San Francisco. — **L'immunité naturelle.** — Etude la résistance du nez et de la bouche à l'égard des bactéries. Le mucus nasal, la phagocytose très active dans la bouche expliquent cette immunité. Le mucus n'a pas seulement une action mécanique, c'est un véritable antagoniste des bactéries. L'antagonisme est dû à la formation d'un ferment analogue à la pepsine et à la trypsine.

20. J. BRYAN, de Washington. — **Traitement opératoire de l'inflammation du sinus frontal.** — Rapporte : 1° deux cas de sinusite suppurée avec carie osseuse et fistule s'ouvrant dans l'orbite, 2° de sinusite chronique avec carie des cellules frontales. Le curettage combiné et dans le deuxième cas avec un attouchement au chlorure de zinc, amena la guérison.

21. FARLOW (de Boston). — **Maladie des sinus accessoires.** — Rapporte un cas de sinusite maxillaire consécutif à la scarlatine. Il n'y avait pas d'écoulement par le nez. L'œil était notablement dévié et tout le maxillaire supérieur offrait une notable tuméfaction.

22. CLARENCE RICE. — **Inflammations aiguës des voies respiratoires supérieures accompagnées d'œdème laryngé.** — Commence par éliminer : 1° les œdèmes non inflammatoires par stase dans l'étiologie desquels il signale, outre les maladies du cœur et des reins, celle du foie, 2° les œdèmes chroniques de la syphilis, de la tuberculose, des tumeurs malignes. Il discute seulement les œdèmes aigus. L'identité de la laryngite phlegmoneuse aiguë avec l'érysipèle de la face lui paraît très douteux. Il ne croit à cette identité que lorsqu'il y a propagation de l'érysipèle. Très souvent cet œdème laryngé est consécutif à une inflammation cellulaire périamygdalienne. Dans deux cas, cet œdème était traumatique (cautérisations au galvanocautère et corps étrangers). L'influence de la grippe ne semble pas avoir rendu plus fréquentes ces laryngites phlegmoneuses.

En réalité, la laryngite phlegmoneuse, même lorsqu'elle semble primitive est presque toujours la propagation d'une inflammation de voisinage. Dans les rares cas primitifs la diphtérie doit toujours être soupçonnée.

23. L. SWAIN, de New Haven. — **Extrait aqueux de capsules surrénales dans les affections des voies respiratoires supérieures.** —

Montre que cet extrait employé comme topique local constitue un vasoconstricteur puissant, réduisant les tissus érectiles et inoffensifs même à fortes doses. C'est dans les congestions aiguës que l'action est la plus efficace et la plus marquée. Dans certaines congestions subaiguës ou chroniques répondant au type de la fièvre, des soins divers adjuvants pourront être nécessaires pour réduire les tissus hypertrophiés.

*Elections.* — Le prochain Congrès se tiendra à Chicago.

Sont élus : *Président* W. CASSELBERRY de Chicago ; *vice-présidents*, J. GLEITSMANN de New-York et WHITEHILL HINKEL de Buffalo ; *secrétaire trésorier* HENRY C. SWAIN de New-Hawen.

A. F. PLICQUE.

#### V<sup>e</sup> RÉUNION DES LARYNGOLOGISTES DE L'ALLEMAGNE DU SUD

Heidelberg, 30 mai 1898 <sup>(1)</sup>.

L'association des Laryngologistes de l'Allemagne du sud fondée en 1894 par le Prof. Jurasz, de Heidelberg, compte aujourd'hui 120 membres non seulement originaires de toutes les parties de l'empire mais se recrutant aussi dans les pays étrangers.

La réunion de 1898 était composée de 85 spécialistes ; une exposition d'instruments fort intéressante avait été organisée en même temps.

1. SCHECH. — **Laryngite exsudative.** — L'auteur comprend sous ce nom, toutes les affections laryngées accompagnées d'exsudations, soit que l'exsudat soit renfermé dans de petites vésicules, comme dans l'herpès, la variole, la stomatite et le pemphigus laryngien, soit que l'exsudat ne constitue qu'une hyperémie avec gonflement, comme dans l'urticaire, le lichen ruber planus, l'érythème noueux multiforme du larynx. S. décrit ensuite la pathologie, le diagnostic et le traitement de ces troubles laryngiens.

(1) D'après la *Berliner Klin. Woch.* 27 juin 1898.

2. SCHECH. — **Pathologie de la carie du sinus sphénoïdal.** — Souvent l'empyème passe inaperçu pendant la vie, car il évolue sans causer d'accidents graves et ne se manifeste que par un écoulement purulent du nez et des maux de tête. Les symptômes dangereux ne se manifestent que lorsque la paroi osseuse est sérieusement attaquée, et se carie comme on l'observe à la suite de la syphilis ou de tumeurs, et qu'on se trouve en présence d'une ostéite raréfiante. Après l'opération d'un polype au cours de laquelle on dut ouvrir le sinus sphénoïdal — il existait une paralysie de l'oculo-moteur — Schech a vu le lavage suivi de perte de connaissance, polyurie (7 litres par jour), melliturie, etc. Chez deux autres malades atteints de suppurations nasales d'origine syphilitique, S. vit apparaître brusquement des phénomènes apoplectiques et des syncopes comme dans l'épilepsie.

Schech déconseille les interventions dans les caries osseuses du sinus sphénoïdal car elles peuvent déterminer des accidents.

3. SEIFERT (Wurtzbourg). — **Relations entre les affections nasales et oculaires.** — Travail basé sur de nombreuses observations puisque depuis de longues années tous les malades d'yeux de Wurtzbourg sont adressés à l'auteur pour subir l'examen rhinoscopique. Dès 1888, sur 38 cas de blennorrhée dacryocystique il n'en avait observé que 2 dans lesquels l'affection ne se propageait pas au nez ; depuis cette époque, on a fait à sa polyclinique deux mémoires contenant de nombreuses relations des mêmes faits. Le principal rôle dans les affections du canal naso-lacrymal revient aux atrophies du nez avec ou sans odeur, puis aux hyperplasies du cornet inférieur, enfin à toutes les affections produisant des rétrécissements.

Les maladies du nez en corrélation avec les conjonctivites forment un autre groupe. Dans l'eczéma de la conjonctive chez les enfants, c'est le nez qui est le plus souvent le siège de l'affection primitive.

Seifert a observé de la rhinite hypertrophique accompagnant l'ulcère de la cornée. Kuhn a trouvé dans 443 cas de trachômes des rapports entre ces derniers et des maladies du nez.

Assez fréquemment, Seifert a remarqué que le lupus et la tuberculose atteignaient l'œil à travers le canal naso-lacrymal et provoquaient ainsi des ulcérations tuberculeuses ou des fistules. Les causes de ces rapports sont de nature diverse ; d'abord les affections nasales telles que les rhinites, hypertrophies, synéchies, puis les rapports étroits des nerfs et des vaisseaux naso-oculaires.

Au cours de la discussion, Breitung (Cobourg) rapporte une sorte d'épidémie de blépharite ayant éclaté à la suite d'eczéma du nez qui guérit excessivement vite par un traitement à l'hyperoxyde d'hydrogène.

4. AVELLIS (Francfort-sur-Main). — **Qu'est-ce que le soit-disant cornage inspiratoire typique du larynx des nourrissons ?** — A. vit une série d'enfants souffrant pendant des mois d'un cornage prolongé sans papillômes ni synéchies du larynx. On avait à l'examen l'impression d'une paralysie récurrentielle double, affection inconnue chez les enfants.

L'auteur ne partage pas l'avis de Gerhardt qui admet une névrose corticale chez les nouveau-nés, et il attribue plutôt le cornage à une sténose trachéale provenant du thymus ou des glandes bronchiques. Il cite trois cas où à la suite de l'extraction du thymus le cornage disparut.

*Discussion.*

SCHECH relate deux observations de sténose trachéale nerveuse chez l'adulte.

5. KILLIAN (Fribourg) et KIRSTEIN (Berlin). **Bronchoscopie directe et œsophagoscopie.**

KILLIAN différencie la méthode de laryngoscopie droite (trachéoscopie supérieure) à l'aide de l'introduction d'une sonde munie d'un mandrin de Rosenheim dans la bronche droite, du procédé indirect (trachéoscopie inférieure) pour lequel on fait pencher la tête en arrière pour insérer l'instrument dans la plaie trachéale.

Les cas où l'on devra employer la bronchoscopie sont ceux des corps étrangers ayant pénétré dans la partie inférieure des bronches et qu'il faut extraire soit par la bouche, soit par une plaie pratiquée dans le larynx.

KIRSTEIN démontre son mode d'œsophagoscopie avec des instruments métalliques raides sans anesthésier le malade.

6. ZIMMERMANN (Dresde). — **Etiologie du pseudo-croup.** — Le pseudo-croup est une dyspnée inspiratoire dont les origines ont été expliquées très diversement (Ziemssen, Eichhorst, Henoch, Suchanek, etc.) Z. a eu occasion d'examiner onze enfants sitôt après un accès de faux croup et trouva chez tous des végétations adénoïdes qui, par l'accumulation du pus, donnaient lieu à la toux et à la dyspnée. L'ablation des végétations amenant une amélioration immédiate, Z. est d'avis que le pseudo-croup n'est pas une affection primitive, mais le résultat des végétations adénoïdes.

*Discussion.*

JURASZ considère le faux croup comme une névrose due à divers facteurs, apparaissant surtout la nuit, par crises.

SEIFERT au contraire a vu des cas de pseudo-croup, remontant à plusieurs années, guérir après l'enlèvement des végétations adénoïdes.

7. JURASZ. — **Cancer du larynx opéré par la voie endo-laryngée.** — Femme de 44 ans opérée en décembre 1897, à laquelle on retira d'abord la corde vocale droite, puis la gauche avec la commissure antérieure dans une seconde séance ; à la place desquelles se sont formées deux membranes ressemblant complètement aux cordes vocales, soudées seulement en avant. Depuis l'intervention, la voix de la malade est revenue, et à moins de récurrence l'amélioration s'accroîtra.

J. fait observer que l'épithélioma siégeait d'abord sur la corde droite, et que c'est seulement au bout de quelque temps qu'on remarqua un épaississement suspect à gauche. Il y a donc eu auto-inoculation. Quand la tumeur est circonscrite on peut aussi bien employer la voie laryngienne que la laryngotomie et on assiste à la régénérescence des cordes vocales.

8. R. DREYFUSS (Strasbourg). — **Hémorragies des voies aériennes supérieures dans la cirrhose du foie.** — Deux observations d'hémorragies nasales et laryngées comme symptômes initiaux de la cirrhose du foie.

9. MORITZ SCHMIDT (Francfort-sur-Main). — **Traitement consécutif aux opérations de déviations de la cloison nasale.** — S. emploie toujours le tamponnement, et dans les opérations sur la paroi postérieure il applique en outre de la gaze dermatolée. Le tampon reste en place vingt-quatre heures, alors on l'humecte avec de l'eau chaude et on l'enlève. Après son extraction, surtout dans les synéchies, on introduit une petite sonde de Sonnenthal imprégnée de pyroline qu'ultérieurement le malade peut enfoncer lui-même. Par ces précautions on empêche la formation des croûtes.

10. KLEMPERER (Strasbourg). — **Quelle est la situation de la corde vocale après la section du récurrent ?** — K. s'élève contre l'opinion émise par Grossmann, de Vienne, au sujet de la position médiane de la corde. D'après ses expériences physiologiques, l'auteur se croit autorisé à conclure qu'il ne peut être question d'abduction après la section.

---

## BIBLIOGRAPHIE

**Der menschliche Gehörorgan. De l'oreille humaine**, par G. BRUHL, de Berlin (Librairie G. F. Lehman, de Munich, 1898).

Le Dr Bruhl, de Berlin, vient de faire paraître à la librairie Lehman, de Munich, une étude très intéressante de l'oreille. C'est une planche fort curieuse, divisée en plusieurs segments ou couches absolument semblables aux figures qui, jadis, ont illustré un vieux livre classique français, *l'Histoire naturelle* d'Achille Conte. Ce rajeunissement de l'ancien procédé d'un vieil auteur français est particulièrement intéressant, car il permet d'étudier par couches successives un appareil dont la description a toujours été très ardue, et que les descriptions successives ont rendu bien plus facile à étudier. Le procédé employé par l'auteur permet de se rendre compte plus facilement d'un appareil aussi délicat que celui de l'ouïe, et cela même à ceux qui sont le mieux familiarisés avec les détails de l'appareil auditif.

A. G.

**Des principales complications septiques des otites moyennes suppurées et de leur traitement**, par A. MIGNON, professeur agrégé du Val-de-Grâce (1898. — Doin, éditeur, Paris).

Le travail de M. Mignon est une monographie complète. Dans ce très intéressant ouvrage, l'auteur expose d'abord l'histoire de l'otite moyenne suppurée aiguë et ses principales causes. Il dénomme avec juste raison « otite phlegmoneuse » celle dans laquelle tous les phénomènes inflammatoires sont à leur plus haut degré. Il ne semble pas y avoir de rapport très net entre la modalité clinique et la nature du microbe comme on l'avait cru tout d'abord à la suite des recherches de Wetter. Après des indications précises sur le traitement de l'otite aiguë, l'auteur passe à l'étude des otites chroniques. Leur mode de début est très variable ; la cause de la chronicité de l'affection paraît se trouver surtout dans les infections secondaires ou surajoutées et dans l'anatomie de la région. Les caractères des sécrétions, la forme, le siège des perforations tympaniques forment un chapitre intéressant. Le diagnostic du siège de la lésion est minutieusement exposé. L'ostéite des osselets, leur carie, se manifeste par la présence d'une perforation tympanique par l'orifice de laquelle peut faire issue une fongosité

caractéristique. Le siège de cette perforation met sur la voie du siège de la lésion osseuse, qu'il s'agisse de la carie du marteau, de l'enclume ou des parties supérieure (attique) ou inférieure de la caisse. La carie du récessus hypo-tympanique est décelée par l'existence d'une fongosité au niveau du bord inférieur du cadre tympanal. Les lésions de la paroi interne ou labyrinthique sont d'un diagnostic difficile ; souvent elles ne sont reconnues que par l'élimination d'un séquestre comprenant une portion plus ou moins étendue du labyrinthe.

Après quelques observations anatomiques sur l'attique, l'aditus et l'antre, l'auteur expose le diagnostic et la symptomatologie des lésions, suivant un ordre bien défini. La suppuration peut être surtout la conséquence d'une lésion du mur de la logette, on peut y observer des périostites. Elles se manifestent par une tumeur molle qui se fistulise et qui siège au bord supérieur du cadre tympanal et sur la paroi supérieure du conduit. On observe aussi des caries du sinus. En deuxième ligne viennent les lésions du massif osseux du facial bien étudiées par Gellé, et dont il faut chercher les signes sur le segment postérieur du tympan. Les lésions de la cavité attico-antrale et celles du tegmen antri ou paroi crânienne de la cavité attico-antrale sont l'objet de deux paragraphes distincts. Le cholestéatome souvent constaté dans le cours des suppurations chroniques de la caisse, a deux origines : il est quelquefois, rarement, primitif et peut se comporter comme une véritable tumeur maligne. Le plus souvent, il est secondaire aux suppurations de la caisse.

L'auteur préconise comme traitement les irrigations par le conduit, mais surtout les lavages directs avec la canule de Hartmann. Le liquide employé est le sublimé au 1/2000. Le pansement est sec ou humide suivant la nature de la sécrétion ; sec, c'est la gaze iodoformée, humide, les solutions d'iodol. Les insufflations de poudre d'acide borique donnent de mauvais résultats ; on peut voir à leur suite des accidents de rétention. Quant au naphthol camphré, il est trop irritant. Restent à traiter les différentes lésions dont on a pu faire le diagnostic. Les polypes sont enlevés au serre-nœud, et s'ils sont très petits, cautérisés à l'acide chromique. Les osselets cariés peuvent être extraits. Il est inutile de conserver l'enclume après l'ablation du marteau. La technique de cette opération est décrite avec beaucoup de netteté. Il y a une contre-indication : c'est la carie manifeste de la paroi supérieure de la caisse. Il est évident que dans ce cas l'extraction des osselets ne donnera aucun résultat.

Les ostéites des parois de la caisse peuvent être traitées soit par la voie du conduit si elles sont accessibles, soit par l'antrotomie ou l'attico-antrotomie dont l'auteur indique les différents temps du manuel opératoire.

L'infection peut gagner les régions voisines de l'oreille moyenne et là proprement dit, commence la description des complications. Elles varient d'importance et de fréquence suivant la région. C'est ainsi qu'on peut les diviser en parotidiennes, temporales, mastoïdiennes, sterno-mastoïdiennes, endo-crâniennes.

Presque toutes les complications parotidiennes se réduisent à des adénites qui ne diffèrent en rien des adénites que l'on observe en d'autres parties. Elles empruntent à la région quelques caractères spéciaux.

Du côté de la région temporale, on peut voir apparaître des phlegmons, des ostéo-périostites ou même des abcès d'origine intra-mastoïdienne. Au niveau du sterno-mastoïdien on trouve des adénites qui se comportent comme les adénites sous-sterno-mastoïdiennes. Il ne faut pas les confondre avec les abcès ossifluents; ceux-ci peuvent résulter d'une lésion de la face interne de la mastoïde, formant alors les mastoïdites de Bezold, ou d'une carie de la face inférieure du rocher. Une complication susceptible de se manifester assez fréquemment est la phlébite de la jugulaire interne. L'infection de la veine ne coïncide pas toujours avec une infection et une thrombose du sinus latéral. Par suite des dispositions anatomiques, et de l'abouchement dans la jugulaire interne des veines venues de la caisse l'infection peut être directe. Il y a donc plusieurs cas à distinguer : 1° Il peut y avoir un caillot dans le sinus et la jugulaire ; 2° il peut y avoir un caillot dans le sinus seul ; 3° il peut y avoir un caillot dans la jugulaire seule. Ce fait est important à connaître, car l'ouverture du sinus ne mène pas toujours directement au siège de la lésion. Cliniquement, on distingue deux variétés : une forme atténuée et une forme grave, typhique ou pyémique :

Les complications qui peuvent atteindre la région mastoïdienne sont de plusieurs ordres. Ce sont d'abord des lésions des parties molles : les lymphangites, assez rares, les adénites, les périostites. Les mastoïdites, proprement dites, sont sous la dépendance de deux facteurs principaux : la rétention des matières septiques ; la virulence de l'infection. Elles affectent plusieurs modalités. On peut avoir affaire à des mastoïdites suppurées que l'auteur divise en antrites et cellulites. Ou bien il s'agit de mastoïdites congestives, cholestéatomateuses, scléreuses, chroniques. Suivant le siège de



l'abcès, l'apophyse peut être atteinte, surtout à son centre (abcès centraux), à la face antérieure, à la pointe, à la face supérieure (crête temporale) et antérieure, ou à la partie postérieure et supérieure. L'étude des abcès de la pointe (M. de Bezold), accompagnée de nombreuses observations, est des plus intéressantes.

Les mastoïdites congestives sont peu étudiées d'une façon générale. Deux éléments expliquent les particularités que l'on signale dans leur symptomatologie : c'est la tuméfaction d'une muqueuse dans un tissu osseux inextensible et la richesse nerveuse de cette muqueuse. Donc, au premier plan du tableau clinique : la douleur, un état général relativement peu grave et peu ou pas de gonflement des parties molles.

Quand l'intervention est retardée, la table interne du crâne peut être détruite par les fongosités. Les mastoïdites condensantes représentent la sclérose de la mastoïde. On peut les comparer aux ostéomyélites éburnées. La trépanation soulage les malades et fait disparaître les douleurs intenses qui sont le principal signe de l'affection. Mais l'amélioration n'est que temporaire.

Les mastoïdites chroniques ont la plus grande analogie avec les ostéomyélites prolongées, décrites par Lannelongue. Le traitement de ces différentes complications est l'ouverture de la mastoïdite. L'indication opératoire n'est pas toujours facile à saisir. Il existe, en effet, de très nombreuses variétés cliniques. L'auteur indique la technique opératoire.

L'étude des complications endo-crâniennes forme une partie importante de l'ouvrage. L'infection se propage à l'encéphale ou à ses enveloppes, très rarement par l'intermédiaire de l'auditif et du facial. Le plus souvent, en effet, il y a effraction du toit de la caisse. En ce qui concerne le traitement, on peut se trouver en présence de plusieurs éventualités. Il y a des cas où le diagnostic de la complication et celui de la lésion sont fermes. Le chirurgien va droit à la lésion. D'autres fois, le diagnostic de la complication endo-crânienne est certain, mais on ne peut savoir où est exactement le siège de la lésion, si elle est unique ou associée. Une exploration est alors nécessaire. Enfin le diagnostic peut être tout à fait incertain.

Quand l'intervention est indiquée, on ne doit pas la retarder. On peut aborder le cerveau et les méninges par deux procédés. Le procédé sus-attico-antral déjà décrit par Broca et Maubrac, et le procédé qualifié de paramastoïdien, dans lequel on ouvre le crâne au-dessus du conduit sans ouvrir l'antre et l'aditus. L'auteur expose ensuite la pathologie des complications cérébelleuses et

leur traitement. L'ouvrage est accompagné de nombreuses figures. Celles qui schématisent le diagnostic de la carie des osselets sont les plus instructives.

LOMBARD.

**De l'irrigation naso-pharyngienne, ses indications, son abus, ses dangers,** par M. BOURDETTE (Thèse de Bordeaux 1898).

Voici les conclusions de l'auteur :

1<sup>o</sup> Le siphon de Weber est indiqué, bien que presque toujours insuffisant, comme moyen de nettoyage dans toutes les affections chroniques des fosses nasales ayant pour symptôme une blennorrhée ou une accumulation de croûtes fétides dans ces cavités :

2<sup>o</sup> Il est contre-indiqué dans tous les processus chroniques à tendances ou à manifestations hypertrophiques ;

3<sup>o</sup> Il reste contre-indiqué dans toute rhinite ou rhino-pharyngite aiguë et pour son inanité comme agent modificateur, et pour les dangers qu'il fait courir à l'oreille du malade ;

4<sup>o</sup> Comme moyen de réaliser l'asepsie ou l'antisepsie pré ou post opératoire, il est illusoire sinon dangereux ;

5<sup>o</sup> Enfin, la douche est loin d'être une méthode inoffensive, à part ses inconvénients (céphalalgies), et ses dangers (infection sinusienne, intoxications et otites), elle exerce sur la pituitaire saine, soit une action antiphysiologique en y provoquant une réceptivité morbide des plus manifestes, soit un rôle d'agent pathogène, en y créant des lésions de toutes pièces (coryza purulent, anosmie).

**Traitement des suppurations du sinus frontal** (méthode Ogston-Luc, en particulier), par R. ETIÉVANT, chef de clinique ophthalmologique à la faculté de Lyon (Thèse de Lyon, 1898).

La méthode de Luc commence à être adoptée en province, comme le témoigne le travail de l'auteur dont les conclusions sont en faveur de ce procédé. Il montre, après un exposé clinique des diverses formes des sinusites, que le traitement doit être approprié à l'intensité des lésions des parois sinuses :

Les *sinusites aiguës* relèvent du traitement médical ; les *sinusites chroniques à forme muqueuse*, du cathétérisme ; celui-ci est souvent difficile, parfois impossible.

Quant aux *formes suppuratives, latentes, fongueuses*, leur traitement doit viser à modifier la muqueuse sinusale et à rétablir la perméabilité du canal naso-frontal. Le cathétérisme et les injections modificatrices ne répondent pas à ces indications ; il en est

de même de la trépanation du sinus par la voie nasale. D'autre part, parmi les procédés cutanés, le procédé frontal avec drainage du sinus par la voie nasale paraît préférable à tous les autres, et la technique de Luc avec suture immédiate de la plaie frontale, semble répondre à tous les desiderata. Elle assure la guérison avec le maximum de rapidité et le minimum de dangers, y compris celui de la récurrence.

Telle est la conclusion principale de l'auteur, après étude des divers procédés employés.

Le traitement des complications intra-crâniennes fait enfin l'objet d'un chapitre où sont exposées les idées de Lannois, Garel, Jaboulay et Luc.

A. G.

**De la dysphagie douloureuse prolongée dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge aux trois périodes, par P. JOURDANET (Thèse de Lyon, 1898).**

Cette thèse, inspirée par notre ami, le Dr Garel, est une description des accidents dysphagiques qui se présentent chez les syphilitiques aux trois périodes de la maladie. La cause de ces dysphagies est très souvent difficile à reconnaître, et c'est à l'examen de ce problème clinique fort délicat qu'est consacré le travail de M. Jourdanet dont voici les conclusions :

« Il semble que, d'une façon générale, une dysphagie excédant trois semaines et siégeant au niveau de l'arrière-gorge, puisse faire préjuger de la nature syphilitique d'un accident guttural. Nous n'affirmons rien de plus et ne donnons pas au signe une valeur plus exagérée qu'il ne convient. Ce qu'il y a de certain c'est que, dans la pratique, une dysphagie prolongée doit toujours éveiller l'attention de ce côté.

Nous reconnaissons parfaitement que certaines affections chroniques, autres que la syphilis, donnent lieu à une dysphagie d'aussi longue durée, mais ces cas sont relativement fort rares, et, en présence de certains diagnostics difficiles, il vaut mieux s'exposer à déclarer syphilitique un accident banal, qu'à traiter d'une façon banale un accident syphilitique. »

A. G.

## ANALYSES

## I. — OREILLE

**Le vertige de Ménière et son traitement**, par GILLES DE LA TOURETTE  
(*Sem. méd.*, 18 août 1897).

Dans une leçon clinique des plus intéressantes, l'auteur fait la nosologie complète de l'affection connue sous le nom de vertige labyrinthique ou vertige de Ménière. Notons, dans l'étude des causes de cette maladie, le rôle important que joue l'hyperexcitabilité labyrinthique ; ce facteur, très variable suivant les sujets, est nécessaire dans l'espèce et joue dans la pathogénie du syndrome un rôle au moins aussi considérable que la compression qui le met en œuvre.

L. EGGER.

**Traitement des suppurations chroniques de l'oreille**, par PIERCE  
(*New-York med. journal*, 12 mars 1898).

Pierce insiste sur les conditions suivantes comme indication formelle à l'opération : 1<sup>o</sup> perforation située n'importe où dans la partie tendue du tympan, petite ; tympan gonflé ; écoulement abondant pustuleux longtemps continué, fétide, ayant résisté au traitement par les tamponnements à la gaze antiseptique faits méthodiquement pendant un mois ; 2<sup>o</sup> perte d'une partie plus ou moins étendue de la portion tendue du tympan, du manche du marteau ; pus sortant directement de la cavité.

L'ablation du marteau et de l'enclume donna, en général, de très bons résultats. Pierce a vu céder en deux mois des suppurations datant de douze ans et plus. — En général, non seulement le pouvoir auditif n'est pas diminué mais il est plutôt augmenté par l'opération. Pierce regarde la suppression du pus comme la plus importante, même si elle est achetée par une légère diminution de l'ouïe comme cela a lieu exceptionnellement.

A. F. PLICQUE.

**Trépanation de la mastoïde dans un cas de mastoidite : pas d'amélioration ; traitement consécutif par le sérum antistreptococcique suivi de guérison**, par KERR PRINGLE (*Brit. med. journ.*, 1898, p. 143).

Le malade, homme de 22 ans, présente au début des symp-

tômes de méningite : fièvre, délire, contracture des muscles de la nuque, constipation ; cela dure seize jours, au bout desquels la température tombe et il s'établit une otorrhée abondante, tandis que rien n'avait attiré l'attention de ce côté. La trépanation faite le lendemain conduit sur de l'os dénudé, mais ne donne pas issue à une grande quantité de pus ; les jours suivants la fièvre revient, il ne se produit aucun mieux, au contraire, on voit survenir de la névrite optique et l'état général empire ; les grandes oscillations thermiques indiquaient la présence de pus. Dans ces conditions on eut recours au sérum antistreptococcique ; la première injection de 10 centimètres cubes fut faite un mois après le début de la maladie ; deux autres de 5 centimètres cubes suivirent à deux jours d'intervalle. Dès le surlendemain, le malade, arrivé à un état fort grave, commença à se remettre, la fièvre tomba graduellement, la connaissance revint au bout d'une huitaine, la guérison fut complète un mois après l'injection du sérum. La névrite optique avait disparu, mais il restait une fort légère paralysie faciale d'origine opératoire. Notons que le malade eut une attaque de chorée trois mois plus tard.

M. N. W.

**Un cas d'infection antro-tympanique avec abcès mastoïdien de Bezold, compliqué d'un abcès extra-dural ; paralysie post-opératoire du même côté que la lésion, guérison, par Ouston (*Brit. med. journ.*, 1898, p. 208).**

Jeune fille de 15 ans, atteinte d'otorrhée depuis l'âge de trois ans, de céphalalgie intermittente depuis six mois, et de tuméfaction du cou depuis deux mois ; O. la vit très malade, titubante, fiévreuse, la tête immobilisée sur l'épaule gauche et la moitié supérieure du cou de ce côté occupée par une collection fluctuante. Une incision faite, sous chloroforme, derrière l'oreille, fit évacuer une quantité de pus fétide ; le décollement s'étendait au loin sous le sterno-mastoïdien ; la mastoïde nécrosée fut évidée et l'on put constater qu'il existait une cavité pleine de pus, indépendante de la première, entre la boîte crânienne et la dure-mère, remontant fort haut. Le sinus latéral sain, ouvert accidentellement fut tamponné sans peine et au bout de quatre jours le tamponnement fut enlevé sans accidents. L'état général allait s'améliorant, lorsque au bout de dix jours il survint de la névrite optique double avec prédominance à gauche, de la paralysie du droit externe gauche, de la parésie faciale gauche. Tous ces accidents s'amendèrent graduellement et spontanément si bien qu'au bout de cinq mois il ne restait de tout cet orage qu'une certaine atrophie optique gauche

et une légère otorrhée. La paralysie directe, dans ce cas, peut s'expliquer par l'existence d'un abcès cérébelleux communiquant avec l'abcès extradural et englobant dans des produits inflammatoires les fibres motrices après la décussation des pyramides — c'est là un fait à retenir afin de ne pas se borner à chercher toujours l'abcès du côté opposé.

M. N. W.

**Quelques cas de pyhémie d'origine otitique**, par BOJEW (*Rev. de laryng.*, 19 février 1898).

Série d'observations d'où l'auteur tire les indications de la ligature du sinus transverse.

1<sup>o</sup> Dans les suppurations aiguës de la caisse, et sans rétention, quand il existe avec fièvre élevée et persistante, douleur sur le trajet de la jugulaire et du muscle sterno-mastoïdien.

2<sup>o</sup> Dans les cas de phénomènes pyhémiques : frissons ; sueurs ; grandes oscillations de température quand il n'existe pas de signes manifestes de méningite.

L'aspect normal, à l'examen, de la mastoïde ne contre indique pas l'intervention.

En résumé, rechercher avec soin la douleur à la pression sur la jugulaire, et le moindre empatement de la région sterno-mastoïdienne.

H. RIPAUT.

**Abcès du cervelet consécutif à une suppuration auriculaire**, par P. VIOLLET (*Bull. de la soc. anat. de Paris*, fasc. 12, mai-juin, 1897).

Le malade qui avait des lésions considérables de l'oreille, avait été atteint un peu avant l'opération, d'une sorte de titubation cérébelleuse qui le faisait ressembler à un homme ivre. L'opération de Stacke fut accomplie sans amener d'amélioration ; le malade succomba presque immédiatement.

A l'autopsie, on trouva un abcès assez considérable à l'intérieur du cervelet. Cet abcès occupait les positions centrales du lobe gauche de cet organe.

L'auteur attire surtout l'attention sur la titubation qui aurait dû faire deviner le siège de la suppuration.

A. G.

**Un cas de sinusite mortelle terminant une otite suppurée chronique avec mastoïdite latente**, par CH. MARTIN (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, page 880, novembre-décembre 1897).

Voici les conclusions de l'auteur qui terminent sa présentation :

1<sup>o</sup> L'importance dans la trépanation de la mastoïde de suivre

exactement les repères anatomiques, règles que maintenant les instruments au-dessous de la ligne horizontale passant par le bord supérieur du conduit auditif aurait conduit l'opérateur dans l'antre ;

2° L'épaisseur et l'induration de la mastoïde expliquent : l'absence de douleurs à la pression sur la face externe de l'apophyse, et le trajet suivi par le pus vers la face interne de l'os, pour venir faire un abcès de Bezold ;

3° Le rapport intime et immédiat du toit de l'antre avec la gouttière du sinus latéral, rapport qui est la règle et explique la fréquence des sinusites au cours des mastoïdites chroniques.

Enfin, la seule intervention chirurgicale rationnelle qui pourrait sauver le malade, aurait dû consister en : évidemment pétro-mastoïdien, curettage de la caisse et de l'antre ; puis, les lésions de sinusites constatées par la mise à nu et la ponction, ou encore l'incision exploratrice de ce vaisseau, ligature de la jugulaire interne le plus haut possible, pour barrer la route aux embolies microbiennes, et enfin ouverture et désinfection aussi complète que possible du sinus.

Dans ce cas, il nous semble qu'il eût été impossible de mettre une ligature sur l'extrémité du sinus qui se jette dans le pressoir d'Hérophile, comme le préconise M. Chipault, il eût mieux valu, comme l'indique Broca, fermer ce bout à l'aide du tamponnement à la gaze iodoformée.

Malgré cette intervention rationnelle, le succès n'eût pas été certain, car l'on ne doit pas oublier que l'on intervient dans des cas analogues chez des malades déjà infectés.

A. G.

**Absence complète de symptômes dans deux cas de périsinusite du sinus latéral, par C. POLI (*Gaz degli Ospedali*, 17 octobre 1897).**

Poli, après avoir rapporté deux observations très démonstratives, conclut que la phlébite du sinus latéral est une lésion quasi constante dans les processus suppuratifs d'origine auriculaire qui se propagent à l'intérieur du crâne par la voie mastoïdienne. Mais, au cours de l'invasion existe une période absolument latente, et ne se traduisant par aucun symptôme bien défini. Dans l'intervention opératoire faite pour des mastoïdites avec rétention de pus ou carie osseuse, il est donc nécessaire d'explorer d'une façon méthodique la fosse sigmoïdienne. Il est facile de faire une exploration très complète sans léser le sinus latéral, et d'ailleurs les dangers d'intéresser ce sinus y sont trouvés dans plusieurs cas beaucoup moins graves qu'on ne le supposait.

A. F. PLICQUE.

**Un cas de tumeur maligne du cerveau née dans l'oreille moyenne,**  
par BARR et NICOLL (*Brit. med. journ.*, 1897, p. 1082).

Le malade, garçon de 12 ans, se plaint d'abord de violentes douleurs dans l'oreille droite qui est en même temps le siège d'une otorrhée légère; les douleurs viennent par accès d'une intensité extrême, la nuit surtout; au bout de trois mois, il est conduit chez l'auteur qui trouve dans l'oreille une sorte de polype excessivement sensible; il l'enlève sous chloroforme à l'aide d'une anse et arrête avec peine l'hémorrhagie; le point de départ de la tumeur est évidemment la paroi osseuse de la caisse du tympan; quatre mois après la première intervention, il y eut récurrence et opération; huit mois plus tard, nouvelle récurrence et nouvelle opération plus étendue avec évidence de l'antre envahi par le néoplasme. Peu après, on vit se développer les symptômes d'un abcès intracrânien avec névrite optique, parésies des troisième, quatrième, sixième paires nerveuses. Dix-huit mois après le début de la maladie, on procéda à une opération plus grave, un nouvel évidemment de la région mastoïdienne d'abord, qui fit constater que le néoplasme avait envahi le sinus sigmoïdien, la trépanation du crâne ensuite à la région tempora-sphénoïdienne; au lieu d'un abcès on s'y trouva en présence d'une tumeur pareille à celle de l'oreille et se continuant avec elle à travers le rocher. On en enleva la plus grande partie; l'enfant vécut encore deux mois et demi, perdit la vue et se paralysa, mais ne souffrit guère et garda l'intellect jusqu'à peu de jour, de sa mort. Le néoplasme est un sarcome alvéolaire.

M. N. W.

## II. — NEZ ET SINUS

**Traitement de l'épistaxis,** par LE MARC'HADOUR (*Revue internationale de médecine et de chirurgie*, 25 juin 1898).

C'est le thème de la communication de M. Lermoyez, à la société médicale des hôpitaux, du 30 octobre 1896, analysée ici même en février 1897. L'auteur ne mentionne pas cette communication et ne donne pas de faits nouveaux.

L. EGGER.

**Adénoïdies vrais et adénoïdies lymphatiques,** par COURTADE  
Soc. de thérapeutique, 26 janvier et 26 février 1898).

C. propose de distinguer deux grandes catégories d'adénoïdies:



1<sup>o</sup> Les adénoïdiens sans engorgement ganglionnaire, ce sont les adénoïdiens vrais ;

2<sup>o</sup> Les adénoïdiens avec engorgement ganglionnaire, ce sont les adénoïdiens lymphatiques. Toutefois de l'existence de cette variété d'adénoïdiens, il faudrait bien se garder de conclure que, dans certains cas, les végétations adénoïdes sont la cause du lymphatisme. Tout ce qu'on peut dire, c'est que les sujets lymphatiques sont prédisposés aux végétations adénoïdes par suite de la tendance à l'hypertrophie de leur tissu lymphatique.

M. GOUQUENHEIM estime qu'on fait complètement fausse route en assimilant les scrofuleux aux adénoïdiens. En effet, le scrofuleux a le nez épaté, les lèvres épaisses, le cou chargé de masses ganglionnaires plus ou moins volumineuses ; chez lui, la conjonctivite est une affection très fréquemment observée, ainsi que l'impétigo, l'eczéma séborrhéique, etc. De plus, il ne supporte pas toujours bien les interventions chirurgicales, et celles-ci ne sont pas toujours efficaces.

L'aspect de l'adénoïdien est tout différent : chez lui la respiration nasale est embarrassée ; pour respirer, le malade ouvre la bouche ; il n'est pas souvent atteint d'adénites cervicales ; ses muqueuses oculaires, ses orifices naturels, ne sont ordinairement le siège d'aucune lésion. Enfin, l'ablation des végétations, qui encombrement le naso-pharynx, est presque toujours suivie d'excellents résultats.

L. EGGER.

**Les endocardites chez les adénoïdiens**, par HUCHARD (Société de thérapeutique, 26 janvier 1898).

Quand, chez l'enfant, on constate l'existence d'une péricardite ou d'une endocardite et que l'on n'en trouve point la cause, il faut penser à la possibilité de l'infection des adénoïdes. Ces endocardites, liées aux végétations adénoïdes, manquent dans la scrofule, ce qui vient encore à l'encontre de la théorie soutenue par M. Gallois.

L. EGGER.

**Végétations adénoïdes et cornage laryngien**, par H. L. LACK (*Lancet*, 26 mars 1898).

En critiquant les idées émises ci-dessus, l'auteur fait observer qu'avec G. A. Sutherland il a récemment <sup>(1)</sup> essayé de prouver que l'affection connue généralement sous le nom de dyspnée la-

(1) *The Lancet*, 11 septembre 1897, p. 653.

ryngienne congénitale dépendait d'une déformation congénitale de l'orifice supérieur du larynx aidé de la nature flasque de ces régions chez l'enfant (ce n'est pas le seul point sur lequel Smith ait mal interprété les vues des auteurs). Si, comme l'affirme Smith, les végétations adénoïdes sont la cause excitante de l'affection, il est surprenant que P. Mc Bride (qui examina six malades pour Thomson, d'Edimbourg) et l'auteur dans douze cas consécutifs n'aient pu vérifier ce fait une seule fois. L'assertion de Smith perd beaucoup de sa valeur n'étant appuyée que sur une observation unique. La catégorie de cas typiques décrite par Thomson, Sutherland et Lack forme un groupe à part et doit être soigneusement différencié des cas de spasme laryngien provoqué par des tumeurs adénoïdes ou toute autre forme d'obstruction nasale. Excepté le résultat du traitement, bien des détails du cas de Smith le rattachent à cette dernière catégorie. Le cornage arrêté sous le chloroforme augmentait pendant le sommeil ou en fermant la bouche, et le malade était sujet à des crises dyspnéiques graves, symptômes caractéristiques des végétations adénoïdes, et très rares dans l'affection appelée par Sutherland et Lack obstruction congénitale du larynx. Le cas de Smith ne contredit nullement les idées des auteurs quant à la pathologie de la dernière affection. Finalement, quand Smith déclare attribuer la maladie à la contraction spasmodique des replis ary-épiglottiques produite par l'irritation entretenue par les végétations dans le naso-pharynx, Lack croit que le spasme du malade de Smith était probablement dû à l'irritation produite par l'introduction du doigt et du miroir laryngien dans le pharynx de l'enfant, réflexe assez commun.

SAINT-CLAIR THOMSON

**Végétations adénoïdes et myxœdème, par E. HERTOGHE (d'Anvers)**  
(Extrait des *Ann. de la Société méd. chir. d'Anvers*, mars 1898).

D'après les descriptions données par l'auteur de cette brochure, il semble que : 1<sup>o</sup> le myxœdème des enfants et des adultes s'accompagne toujours de désordre naso-pharyngé, et que ces derniers sont curables dans la même mesure que le myxœdème lui-même ; 2<sup>o</sup> Dans nombre de cas, les végétations adénoïdes sont sous la dépendance d'un appauvrissement thyroïdien. L'hyperthyroïdien échappe souvent à un examen superficiel et il faut soumettre à une enquête sévère les proches parents du malade, pour découvrir la tare thyroïdienne.

La quantité de malades atteints de végétations adénoïdes et observés par nous est tellement considérable, que nous sommes

tentés de croire que l'opinion de l'auteur à ce sujet est empreinte d'une énorme exagération. La coïncidence du goître avec les végétations est loin d'être aussi grande que le prétend l'auteur, pourtant, nous ne pouvons ignorer que la coïncidence de goître et de pharyngite existe peut-être plus souvent qu'on ne le pense, si nous en croyons les recherches de notre ami, Hamon du Fougeray; mais celle du goître et des végétations est loin d'être aussi considérable que ne le pense l'auteur de cette brochure. A. G.

**Ablation des végétations adénoïdes**, par CH. PROBEN (*N.-York med. journ.*, 1898, p. 249).

P. étudie les avantages de l'anesthésie générale sur la simple anesthésie locale dans l'ablation des végétations adénoïdes. Il préfère le chloroforme à doses faibles et graduées poussé seulement, ce qui est ici suffisant, jusqu'à la demi anesthésie. — La position déclive de la tête est indispensable en raison de l'hémorrhagie. Au cas où celle-ci devient inquiétante au cours de l'opération, cette position permet, de plus, de faire un tamponnement complet du pharynx à la gaze iodoformée. — P. conseille de compléter toujours l'ablation par la pince et la curette au moyen du doigt. Le doigt permet de sentir et de gratter avec l'ongle les plus petites masses morbides. Le grattage doit surtout se guider sur la sensation de résistance. P. le compare au curettage dans la métrite, qui doit être poussé jusqu'à ce qu'on sente un tissu dur et résistant. A. F. PLICQUE.

**Lympho-sarcome du naso-pharynx**, par PIERRE (*Archives internat. de laryng. d'otol. et de rhinol.*, juillet-août 1898).

Observé chez un malade de 32 ans; tumeur de la dimension d'une reine-claude, implantée près de la trompe-gauche. Morcellement à la pince, puis ablation au couteau de M. Schmidt. — Récidive, envahissement de toute la région, mort par asphyxie, deux mois après l'opération. L. EGGER.

**Diagnostic et traitement des sinusites aiguës de la face à l'usage des non-rhinologistes**, par M. LERMOYEZ (*Presse médic.*, 16 février 1898).

L'auteur s'applique à bien fixer le rôle du médecin en face d'une sinusite aiguë, affection beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici, affection tirant sa gravité du voisinage du cer-

veau. Le pronostic des sinusites aiguës et des sinusites chroniques est très différent, et en faveur des premières.

Une sinusite aiguë, qu'il faut admettre chez tout individu présentant, soudainement et simultanément, une suppuration nasale et une névralgie faciale, cède presque toujours à un traitement des plus simples à la condition que celui-ci soit appliqué assez tôt. Il suffit de faire faire toutes les heures des inhalations de menthol qui ont pour effet de calmer la douleur, de modifier, puis de tarir l'écoulement nasal. On y ajoutera des compresses humides chaudes. Dans tous les cas où l'auteur l'a prescrit, ce traitement abortif lui a donné des résultats rapides et définitifs.

L. EGGER.

**De quelques manifestations orbitaires des sinusites,** par DE LAPERSOHNNE (*Presse méd.*, 7 mai 1898).

Série d'observations intéressantes dont l'auteur résume les conclusions en ces termes :

Pour la sinusite frontale : 1° la possibilité de douleurs intermittentes simulant des névralgies faciales et ayant un retentissement très marqué sur les nerfs ciliaires ; 2° l'apparente gravité de certains accidents aigus, produisant des abcès de l'orbite, avec élimination de séquestres assez volumineux, se terminant, cependant, par une guérison relativement facile sans fistule ; 3° au contraire, la difficulté très grande d'éviter ces mêmes fistules dans les formes chroniques avec ectasie ancienne du sinus.

Pour le sinus maxillaire, la fréquence du retentissement sur les autres cavités de la face, en particulier sur le sinus sphénoïdal et les cellules ethmoïdales. Masquées par les symptômes plus faciles à reconnaître de la sinusite maxillaire, les lésions sphénoïdales ou ethmoïdales devront être recherchées avec soin dans tous les cas. Elles expliquent bien un certain nombre de complications orbitaires attribuées trop souvent à des actions réflexes.

L. EGGER.

**Sinusites et complications broncho-pulmonaires,** par BRINDEL (*Rev. de laryng.*, 5 février 1898).

Les sinusites, source de produits septiques, journellement et abondamment absorbés, peuvent amener de grands désordres dans l'organisme et créer des altérations très sérieuses de l'état général.

Du côté de l'arbre respiratoire, ces complications sont fréquentes, mais généralement bénignes ; dans quelques cas (obser-

vations personnelles intéressantes de l'auteur), elles peuvent être fort graves : broncho-pneumonies et congestions, à répétition ; l'altération de l'état général par intoxication continue s'y ajoutant, on peut être tenté de porter à tort le diagnostic de tuberculose. C'est là une source d'indications à intervenir énergiquement et rapidement chez les sujets prédisposés aux inflammations laryngo-bronchiques, et même chez les tuberculeux, si sensibles à toutes les infections secondaires.

RIPAULT.

**Empyème de l'antre d'Highmore chez un enfant de trois semaines.**  
par A. DOUGLAS (*Brit. méd. journ.*, 1898, p. 368).

Le bébé malade fut apporté à D. pour un gonflement de l'œil droit — le lobe globe était, en effet, saillant, la conjonctive injectée, les paupières tuméfiées ; mais en même temps la voûte palatine bombait à droite et la pression sur la joue fit venir du jus par la narine. Le diagnostic d'empyème fut ainsi établi, le sinus ouvert par la bouche en dehors du rebord alvéolaire et le pus s'écoula en abondance ; la guérison fut rapide et complète.

L'interrogatoire établit que la mère eut au début des crevasses suppurées.

M. N. W.

### III. — BOUCHE ET PHARYNX

**Epithélioma de la lèvre inférieure traité et guéri par le procédé de Cerny et Trumecsek,** par JEANBRAU (*Presse méd.*, 10 sept. 1898).

Observation tendant à démontrer que les cancers de la lèvre, même lorsque l'ulcération a envahi la face muqueuse et infiltré la commissure, peuvent guérir radicalement sans exérèse, par l'application persévérante de corrosifs chimiques.

L. EGGER.

**De la non-existence d'une stomatite distincte et spécifique, dite stomatite diphthéroïde,** par MONGOUR (*Presse méd.*, 26 mars 1898).

L'auteur conteste absolument l'existence d'une nouvelle stomatite à pseudo-membrane décrite par MM. Sevestre et Gastou qui la considèrent au point de vue étiologique comme spécifique et due exclusivement au staphylococcus aureus.

Contre la spécificité, M. fait valoir les observations mêmes de Sevestre et Gastou, qu'il discute ainsi que ses propres observations.

Quant aux caractères cliniques, la stomatite diphthéroïde se rapprocherait trop de la stomatite ulcéro-membraneuse pour qu'on puisse la considérer comme une entité nosologique.

L. EGGER.

**Présence constante du pneumocoque à la surface de l'amygdale,**  
par F. BEZANÇON et V. GRIFFON (Soc. méd. des Hôpitaux,  
15 avril 1898).

En cultivant le mucus amygdalien dans un milieu électif pour le pneumocoque, c'est-à-dire dans le sérum de lapin jeune, les auteurs sont arrivés à cette conclusion que le pneumocoque est constant dans la cavité buccale normale ou pathologique. L. EGGER.

**Sur une forme particulière d'angine diphtéroïde,** par H. VINCENT  
(Soc. méd. des Hôpitaux, 11 mars 1898).

V. décrit une forme d'angine qui paraît assez fréquente, qui peut se confondre cliniquement avec l'angine diphthérique, mais qui en diffère bactériologiquement et aussi pour ce fait que la fausse membrane se localise sur un côté du pharynx. L'examen microscopique a décelé dans ces angines deux espèces microbiennes prédominantes : 1<sup>o</sup> un bacille fusiforme dans lequel paraît résider le principal rôle pathogène ; 2<sup>o</sup> un spirille ténu analogue à celui qui existe normalement dans la salive et dans le tartre dentaire.

L. EGGER.

**Bégalement complexe avec spasme pharyngo-œsophagien,** par  
L. JACQUET (Soc. méd. des Hôpitaux, 6 mai 1898).

J. présente un jeune homme atteint d'un bégalement compliqué, spasmodique, dont les éléments successifs sont :

1<sup>o</sup> Une série de secousses expiratoires, saccadées, dues à la contraction des muscles thoraco-abdominaux, sans aucun phénomène phonétique ; cette série varie comme durée de cinq à quinze secondes ;

2<sup>o</sup> A la fin de cette période, et la terminant, survient un spasme pharyngo-œsophagien se traduisant par une contraction visible à la région cervicale inférieure et surtout par un bruit de glou-glou œsophagien perceptible à la région interscapulaire ;

3<sup>o</sup> Quelques contractions spasmodiques dans les muscles des lèvres et de la langue avec émission répétée de syllabes parasites *que* ou *qua* surtout :

4<sup>o</sup> Enfin, vient l'émission vocale soit normale, soit précipitée, comme explosive, soit simplement bégayée suivant le type vulgaire.

Cette description s'applique au syndrome complet : mais il a beaucoup varié depuis l'entrée ; le spasme œsophagien a disparu

au bout de deux jours ; le reste a été fort variable, comme accoutumation, suivant les moments.

Comme chez la plupart des bêtes, l'infirmité cesse pendant la parole chantée, pendant les phases d'excitation alcoolique, et enfin, fait curieux et peu connu, après une marche un peu active. L'auteur a fait peu de recherches bibliographiques sur ce point, mais n'a rien trouvé dans la littérature depuis le cas de Démotènes, qui, dit-on, s'exerçait à parler, en marchant au bord de la mer, ou gravissant une montagne.

Le malade en question n'est pas hystérique, et n'est que peu alcoolisé, mais il est fils de grand alcoolique.

L. EGGER.

**De la dysphagie douloureuse prolongée de l'arrière-gorge comme signe permettant de diagnostiquer la syphilis à ses trois périodes,** par GAREL (*Sem. médicale*, 6 juillet 1898).

Ce signe est si important que l'auteur émet cet aphorisme : « Tout malade, qui souffre de l'arrière-gorge depuis plus de trois semaines sans interruption, doit être considéré comme syphilitique presque dans la totalité des cas ». La dysphagie prolongée ne s'applique pas seulement au chancre de l'amygdale ; elle donne aussi la possibilité de diagnostiquer les lésions secondaires ; mais c'est surtout dans la période tertiaire qu'elle rend de grands services. Comme dans ce dernier cas, la dysphagie peut être déterminée par des gommés ulcérées du dos, du voile du palais ou par une gomme de la base de la langue, ainsi que G. en cite des exemples, l'auteur insiste sur la nécessité de pratiquer un examen approfondi de toute la région.

L. EGGER.

**Tumeur érectile de la langue. Guérison spontanée,** par P. DE MOLÈNES (*Presse médicale*, 25 mai 1898).

Fillette de trois semaines, ne présentant aucune tare, née de parents sains, porteur d'un angiome, d'une tumeur érectile capillaire volumineuse de la face inférieure de la langue. Pas d'autre vice de conformation. L'âge de l'enfant commandait la prudence. De M. fit téter l'enfant devant lui, et constata qu'après avoir comprimé doucement pendant deux minutes la langue pendante, celle-ci diminuait légèrement de volume, ce qui permettait l'allaitement. Dès lors, quelques petites précautions d'hygiène et de propreté, le retour de la dentition, permirent de temporiser. La tumeur, qui à six mois, avait déjà diminué de moitié, avait complètement disparu à trois ans. La langue est restée un peu grosse, mais il ne reste à la face inférieure de la langue aucune trace de la tumeur congénitale.

L. EGGER.

## IV. — LARYNX ET TRACHÉE

**Hémorrhagies laryngées**, par le D<sup>r</sup> V. GEYER (*Münch. med. Woch.* 1898, p. 457).

L'auteur apporte deux observations dans lesquelles l'hémorrhagie laryngée s'est présentée sous la forme tout à fait insolite de tumeur, d'hématome; il n'a trouvé dans la littérature qu'un seul fait de ce genre, publié par Félix Semon.

OBSERVATION I. — Femme de 40 ans, crachant le sang depuis sept semaines et traitée sans succès contre l'hémoptysie; elle rend une tasse de sang par jour. L'examen laryngoscopique fait voir une tumeur du volume d'un grain de raisin, bleuâtre, lisse, siégeant sur la face laryngée de l'épiglotte et couverte de sang frais. Le diagnostic porte: polype saignant, caverneux, et l'ablation par la bouche paraissant trop dangereuse au point de vue de l'aspiration du nez, on fit la trachéotomie préventive et la pharyngotomie sous-thyroïdienne pour arriver sur la tumeur; elle fut facilement enlevée à l'aide d'une curette tranchante et la base d'implantation cautérisée; la cicatrisation se fit sans encombre; mais le dixième jour l'hémorrhagie reparut aussi intense qu'avant l'intervention et l'on vit réapparaître une tumeur grosse comme un pois au même siège; cette fois l'extravasation sanguine fut reconnue, les caillots enlevés et le point de départ de l'hémorrhagie, une veinule ouverte, enfin trouvée; plusieurs cautérisations arrêterent définitivement les accidents.

Obs. II. — Femme de 48 ans, plus ou moins enrouée depuis dix ans et un peu essoufflée. Dans l'angle antérieur de la glotte se trouve une tumeur mamelonnée, dure, bleuâtre qu'on enlève avec l'écraseur à froid. L'examen histologique montre que c'est là un hématome en voie d'organisation; six mois après l'opération, on reconnaît au point d'implantation de la tumeur l'existence comme de petites granulations. Dans ce cas, il n'y a jamais eu de crachement de sang.

M. N. W.

**Tubage du larynx**, par BAYEUX (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 28 janvier 1898).

B. fait une communication sur le relèvement de l'épiglotte, par la méthode rétrograde dans le tubage du larynx.

L. EGGER.



**Tubage momentané de la glotte dans le croup**, par POULET (Soc. de thérap., 9 février 1898).

L'auteur a eu recours à ce procédé, chez 10 enfants, avec 7 succès complets. Pour pratiquer cette petite opération, il se sert d'une simple sonde urétrale (n° 18 ou 20), qu'il introduit dans la glotte un certain nombre de fois, suivant la gravité des cas.

L. EGGER.

**Quelques considérations sur l'intervention opératoire dans le croup**; par SEVESTRE et BONNUS (*Arch. de médecine des enfants*, Paris, février 1898).

D'une façon générale le tubage ou la trachéotomie sont employés à l'exclusion l'un de l'autre. Il est des cas où ces deux opérations peuvent être pratiquées successivement, soit le tubage après la trachéotomie, soit la trachéotomie après le tubage.

Le tubage peut être pratiqué chez les enfants qui ont été trachéotomisés, quand on cherche sans y réussir à leur enlever définitivement la canule. L'introduction du tube après l'enlèvement de la canule chez les « canulars » peut parer aux accidents immédiats de suffocation. Les A. en rapportent plusieurs cas observés à l'Hôpital des Enfants malades. Le tubage, comme opération préliminaire destiné à faciliter la trachéotomie, ne semble pas devoir devenir une pratique recommandable. Si la recherche des points de repère est facilitée, la canule est par contre plus difficile à introduire. La trachéotomie est pratiquée après le tubage : 1° Quand le tubage n'est pas possible (spasme laryngé, gonflement énorme de l'épiglotte.

2° Quand le tube est rejeté plusieurs fois de suite à des intervalles plus ou moins rapprochés.

3° Si le tube est à plusieurs reprises et malgré des détubages successifs, bouché par des fausses membranes volumineuses.

4° Quand des accès de spasmes secondaires ne permettent pas de retirer le tube sans exposer l'enfant à l'asphyxie. On peut dire en effet qu'il y a des « tubards » comme il y a des canulars. Le séjour prolongé d'un tube dans le larynx n'est pas tout à fait exempt de dangers bien que les ulcérations ne soient pas tout à fait aussi fréquentes qu'on l'a prétendu.

5° Chez les enfants atteints de rougeole avec ou sans diphthérie et qui ont présenté des accidents laryngés nécessitant le tubage. La muqueuse laryngée est en effet, dans ces conditions, plus altérable que dans la diphthérie non compliquée.

6° Chez des enfants détubés depuis un temps plus ou moins long, quand des phénomènes d'obstruction laryngée surviennent brusquement, nécessitant une intervention. Il s'agirait dans ces cas rares, suivant M. Variot, d'un spasme phréno-glottique tardif. La trachéotomie serait indiquée.

LOMBARD.

**Nécrose partielle du cricoïde, due au séjour prolongé d'une sonde œsophagienne, chez un malade opéré d'un cancer de la langue,** par CH. MARTIN (*Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, fasc. 4, janvier 1898).

Pendant les trois mois de survie du malade, une sonde de caoutchouc rouge, longue de 30 centimètres environ, est restée à demeure dans l'œsophage. La paroi antérieure du pharynx depuis l'espace interaryténoïdien jusqu'au bord inférieur du cricoïde, présente une gouttière verticale produite par la sonde ; les bords de cette gouttière sont souples, ce qui indique l'absence de néoplasme. Sur une étendue de deux centimètres, le fond de cette gouttière est ulcéré et laisse voir le cricoïde nécrosé. Cette nécrose est limitée à la partie la plus saillante du chaton cricoïdien.

En avant du cricoïde, la muqueuse est décollée ; et ce décollement a creusé une cavité suppurante où peut se loger l'extrémité de l'index. Pas d'altérations de la muqueuse laryngienne, dont l'intégrité explique l'absence de troubles laryngés pendant la vie.

L'auteur conclut que le séjour prolongé d'une sonde dans l'œsophage n'est pas sans inconvénients et peut provoquer une ulcération de la paroi pharyngienne avec nécrose du cricoïde. A. G.

**Papillomes laryngés multiples chez l'enfant, traités par la trachéotomie seule,** par RAILTON (*Brit. med. journ.*, . 1898, p. 488).

Une enfant de trois ans fut conduite à R. pour de la dyspnée et de la raucité qui duraient depuis deux ans et allaient en s'aggravant ; il ne fut pas possible de pratiquer un examen laryngoscopique, mais, quelques mois après la trachéotomie faite d'urgence, des papillomes apparurent à la plaie trachéale. Une canule en caoutchouc souple, changée trois fois par semaine, fut portée durant trois ans et neuf mois et enlevée définitivement lorsque la voix fut redevenue claire et la respiration silencieuse et libre. Dans un autre cas, une fillette de huit ans fut traitée de la même manière et porta son tube durant deux ans ; la guérison dans les deux cas paraît définitive et aucun traitement n'a été appliqué. La guérison est donc due à la suppression de toute irritation locale et l'atro-

phie des papillomes se fait spontanément à la faveur du repos du larynx. Il ne faut pas oublier combien difficile, infidèle et désespérant est dans ces cas le traitement opératoire plus actif. M.N.W.

**Carcinome primitif de l'épiglotte, son traitement opératoire, par**  
HARMER (*Wien. klin. Woch.*, 1898, p. 348).

Femme de 63 ans, malade depuis quatre mois ; une tumeur en choux-fleur s'insère largement sur l'épiglotte et sur le repli ary-épiglottique droit ; l'opération est faite sans trachéotomie préventive, tête pendante, par la voie de la pharyngotomie sous-hyoïdienne ; après l'excision de la plus grande partie de l'épiglotte, du repli ary-épiglottique et du ligament pharyngo-épiglottique, on suture la plaie de la muqueuse et le pharynx complètement ; la plaie cutanée est rétrécie et drainée. Le 8 juin, il s'ouvre une petite fistule alimentaire qui se ferme au bout d'un mois. Dès le lendemain de l'opération, la malade présente de la fièvre vespérale due à un certain degré de bronchite septique, la plaie opératoire suppurant un peu, mais cette complication disparaît du jour au lendemain par la position déclive que l'on fait prendre à la tête du lit, suivant le conseil de Bardenheuer. La convalescence se fit dès lors sans encombre et il n'y a pas eu de récurrence jusqu'à présent, cinq ans après l'opération. M.N.W.

**Tamponnement de la trachée par une glande caséeuse, par**  
G. F. LONGBOTHAM (*Lancet*, 19 mars 1898).

Enfant de huit ans, reçu à l'hôpital dans un état semi-comateux, cyanosé, évidemment gêné pour respirer. Aucun corps étranger n'avait pénétré dans les voies aériennes. L'administration du chloroforme amena quelque soulagement. Le tubage avec un cathéter n'améliora pas les accidents, mais renseigna sur le degré d'obstruction qui était assez considérable. On fit la trachéotomie, mais avant la fin de l'opération, l'enfant avait cessé de respirer. A l'aide d'une longue sonde de caoutchouc, on tenta l'aspiration, mais sans succès. Ensuite on introduisit un long tube dans le but d'irriter la muqueuse de la trachée et des bronches, l'enfant inspira profondément puis cessa de respirer de nouveau. Les battements du cœur devinrent moins perceptibles et plus rapides, mais néanmoins on continua la respiration artificielle, la batterie galvanique et le cathétérisme. Soudain le malade cracha gros comme la moitié d'une noisette de matière caséeuse, puis recommença à respirer librement. A partir de ce moment, la convalescence se poursuivit ininterrompue, malgré qu'à plusieurs reprises l'enfant

rendit des matières caséuses. Ce fait prouve que la glande bronchiale caséuse était ulcérée dans son parcours à travers la trachée, près de la bifurcation.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Tumeur sarcomateuse de la trachée, dégénérescence sarcomateuse de l'amygdale**, par CH. LÉVI (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 9, avril 1897).

Le malade meurt brusquement dans une crise dyspnéique, pas de troubles vocaux.

A l'autopsie : larynx et corps thyroïde normaux ; rien extérieurement à la trachée, sauf un ganglion à gauche près du récurrent.

A la coupe de la trachée, on trouve à l'intérieur une tumeur, blanche, non ramollie. Cette tumeur oblitère les trois quarts du calibre trachéal, au-dessous d'elle, se trouvent disséminés de petits nodules gros comme une tête d'épingle et de la même couleur que la tumeur. Au niveau de celle-ci, l'espace entre les cerceaux cartilagineux est augmenté, et le tissu de la tumeur infiltre la tunique externe de la trachée. Légère dilatation trachéale au-dessous de la tumeur. A la bifurcation des bronches, gros amas ganglionnaire. Œsophage, cœur, aorte, foie normaux.

A l'examen histologique, cellules sarcomateuses.

L'amygdale gauche est également sarcomateuse.

L'auteur, à la suite de cette observation, fait remarquer la rareté des tumeurs sarcomateuses de la trachée, et il se demande si la tumeur qui fait l'objet de ce travail n'est pas secondaire à la tumeur amygdalienne.

A. G.

**Traitement endolaryngé du cancer du larynx**, par B. FRAENKEL (*Archiv. f. Laryngol.*, Bd. VI, Heft. 2, p. 361)

F. relate 9 cas de cancer du larynx traités par la voie endolaryngée, avec cinq guérisons chez des sujets atteints depuis treize ans, dix ans, neuf ans, un an 1/4 et six ans. Le premier de ces cas ne guérit qu'après plusieurs récidives et l'ablation d'un ganglion. Sur l'autre cas, il est impossible de rien dire. Deux autres cas durent plus tard être opérés par la laryngofissure. L'un d'eux mourut d'apoplexie, avec un larynx sain, deux ans après l'opération, l'autre de récidive ganglionnaire. Le dernier mourut de cancer du larynx après trachéotomie quatre ans après l'intervention intra-trachéale.

Ces résultats sont extraordinairement favorables. Hansberg a réuni 11 cas et Sendziak 26 cas de cancer du larynx opérés par la

voie laryngée. En ne tenant compte que des cas différents, on a en tout trente observations. Il est nécessaire parmi ces cas de mettre à part ceux où toute intervention extérieure était impossible et où les interventions intralaryngées ne furent que palliatives (cas de Fauvel (2) de Scheinmann (2) de Sendziak (1).

F. met encore de côté, malgré leurs bons résultats, les cas où l'on pratiqua sans opération par l'extérieur, l'ablation de l'épiglotte (M. Mackenzie, Myles, Bronner).

Il reste donc 22 cas, tous non absolument comparables d'ailleurs puisque dans certains cas la tumeur laryngée avait un volume considérable. Les résultats sont les suivants : 1 cas de Schnitzler, la guérison se maintint vingt-deux ans ; 1 cas de Krishaber, deux ans ; 1 cas de Moritz Schmidt, dix ans ; 1 cas de M. Schmidt Capart, trois ans au moins ; 1 cas de Chiari, mort au bout de cinq mois ; d'autre cause sans récidive ; 1 cas de Semon, deux ans 1/2 au moins ; 1 cas de Krieg, plus de deux ans ; 1 cas de Gouguenheim, au moins six mois ; 3 cas de Krieg de Schötz et de Schech, soit douze guérisons sur 22 cas.

L'opération est sans danger et n'immobilise pas le malade une heure au lit. Le résultat est supérieur à celui des autres opérations : Le malade garde son larynx et sa voix parfois redevenue normale. L'opération endolaryngée est indiquée toutes les fois qu'on peut enlever toute la tumeur, mais est-il possible de délimiter exactement la zone malade, et est-on sûr de ne rien laisser ? Cette objection s'applique à toute autre méthode. On peut très bien se rendre compte de ce que l'on a enlevé et si l'on pense avoir laissé des tissus malades, on aura recours à la laryngofissure qui reste aussi facile que si l'on s'était abstenu de toute intervention, avantage réel pour l'opération endolaryngée.

Il y a des récidives et il faut surveiller les malades ; les récidives surviennent aussi après la laryngofissure et, d'autre part, il est aussi facile d'intervenir en cas de récidive que lors de la première intervention. Ce qu'il faut dire c'est que pour qu'on puisse attendre de bons résultats de l'intervention endolaryngée, il est nécessaire d'intervenir de bonne heure et, par suite, de faire un diagnostic précoce. Même après l'extirpation totale du larynx on voit des récidives.

F. repousse la galvanocaustie comme procédé d'intervention et, tout en étant éclectique, il préfère pour lui se servir des pinces coupantes et de la curette.

PAUL TISSIER.

## V. — ŒSOPHAGE, CORPS THYROÏDE, COU, etc.

**Parotidite double survenue à la suite d'une application cutanée de teinture d'iode**, par RÉNON et FOLLET (Soc. méd. des Hôpitaux, 3 juin 1898).

Sujet de 51 ans qui, à la suite de l'application d'une couche de teinture d'iode sur la poitrine, voit se développer une parotidite gauche le lendemain, suivie d'une parotidite droite trois jours plus tard. L'examen un peu tardif de l'urine et de la salive ne décèle pas d'iode.

L. EGGER.

**Hydroparotidite intermittente**, par CLAISSE (Soc. méd. des Hôpitaux, 13 février 1898).

L'auteur présente un cas d'hydroparotidite chronique à répétition, due à une sténose fibreuse du cancer de Sténon, après avoir passé par une phase initiale de sténosite aiguë nettement décrite par le malade.

L. EGGER.

**Les traitements modernes du goitre exophtalmique**, Revue générale, par P. RAUGÉ (*Bulletin médical*, 6 mars 1898).

Aux médications anciennes symptomatiques, dont la plupart sont des moyens empiriques, à l'iode, au fer, au quinquina, aux phosphates, à tous les toniques en général, à l'électrisation du sympathique, aux bromures, à la belladone; à l'opium, à la valériane, à l'hydrothérapie, à la digitale, au strophantus, à l'ipéca, sont venus se substituer deux traitements, l'un inspiré par les théories thyroïdiennes, l'autre par les théories sympathiques.

Les partisans des doctrines thyroïdiennes partent du principe que la sécrétion glandulaire exagérée, insuffisante ou pervertie, est la cause de tout le mal, et ont cherché à en corriger les effets, soit par les médications internes, soit par les moyens opératoires que la chirurgie met en nos mains.

Les applications médicales sont encore un peu hésitantes et partent de points de vue très différents, suivant que l'on rapporte les symptômes basedowiens au défaut ou à l'exagération de la sécrétion glandulaire. Ainsi l'on a employé les substances neutralisantes de provenance thyroïdienne ou extra-thyroïdienne avec quelques succès; l'ingestion de substances similaires qui ne peuvent donner de bons résultats que dans les formes de cachexie strumiprive n'a eu d'autre effet, dans le goitre exophtalmique, que

d'exaspérer les symptômes et de provoquer parfois des accidents graves.

Quant aux interventions chirurgicales thyroïdiennes, la ligature des artères thyroïdiennes est de moins en moins en faveur ; des quatre méthodes principales portant sur le goitre lui-même, l'exothyropexie semble abandonnée par Jaboulay lui-même dans le cas de goitre exophtalmique ; l'énucléation intra-glandulaire ou strumectomie est rarement possible dans le goitre de Basedow, la thyroïdectomie totale est universellement rejetée. La thyroïdectomie partielle reste la seule méthode d'excérèse applicable au goitre exophtalmique ; malheureusement, les risques opératoires et post-opératoires immédiats ne sont pas à dédaigner et les récives sont fréquentes.

Reconnaissant les dangers et l'insuffisance des différents procédés d'excérèse ou d'atrophie chirurgicale, constatant en outre que la maladie de Basedow offrait, au moins par deux de ses symptômes cardinaux, l'exophtalmie et les palpitations, le tableau d'une excitation intense du sympathique cervical, Jaboulay pratiqua le premier, en 1896, la section de ce nerf entre le ganglion cervical supérieur et le ganglion cervical moyen. Plusieurs auteurs l'imitèrent, et l'on peut réunir actuellement un certain nombre de résultats heureux, indiscutables. Sans discuter ici les moyens à employer pour interrompre la continuité du sympathique et supprimer physiologiquement ce conducteur, la section simple, la résection totale, l'arrachement, il suffira de rappeler que Jaboulay préfère la section avec arrachement des deux bouts, ou la résection partielle, ces deux opérations sœurs pouvant être pratiquées soit en haut, soit en bas de la région cervicale.

Comme conclusion pratique à sa revue, R. admet que pour le goitre exophtalmique vrai, primitif, médical, l'intervention chirurgicale doit être l'*ultima ratio* du traitement. Quant au mode opératoire, il penche en faveur de la sympathicotomie, attendant toutefois que de plus nombreux résultats permettent de trancher définitivement cette question.

L. EGGER.

**La médication thyroïdienne dans le traitement du goitre exophtalmique**, par WEILLER (*Presse médic.*, 27 août 1898).

Observation d'un cas très grave de goitre exophtalmique qui, après échec complet des médications habituelles, fut, pour ainsi dire, guéri par le traitement thyroïdien seul. L'auteur en conclut que l'avis presque unanime des auteurs contre-indiquant tout à fait les préparations de thyroïde dans le traitement du goitre exophtalmique est trop exclusif.

L. EGGER.

**La transmission de la diphthérie par des individus d'apparence saine**, par A. G. R. FULLERTON et A. WILLIAMS (*Lancet*, 23 octobre 1897).

La nature de l'observation est bien indiquée par le titre. Les auteurs ont remarqué que le bacille de Klebs-Löffler peut sous deux conditions se rencontrer dans la gorge d'individus sains en apparence. Les cas les plus fréquents sont ceux dans lesquels le microbe continue à séjourner dans la gorge pendant plus ou moins longtemps après la convalescence de la diphthérie. L'autre catégorie comprend les cas où le bacille pénètre dans la gorge d'une personne telle qu'une garde-malade ayant été exposée à l'infection mais ayant échappé à la maladie. Les observations ressortissant de la première catégorie ne sont pas rares. Mais il est difficile de juger de la valeur de ces divers cas sans connaître les moyens de traitement employés depuis que la persistance du bacille est certainement influencée par le traitement local adopté pendant et après la période aiguë de la maladie. Une observation française relate l'histoire d'un cas où le bacille fut rencontré dans la gorge au bout de quinze mois. Cette prolongation de l'infection est exceptionnelle. Sur environ 4 000 examens bactériologiques de cas de diphthéries, ou soupçonnés tels, pratiqués à l'Institut Britannique de Médecine Préventive, la plus longue durée du bacille fut celle que remarqua le Dr Hewlett à plusieurs reprises pendant vingt-deux semaines. Dans ce cas, comme dans celui qui nous occupe, la virulence de la culture fut prouvée par l'inoculation expérimentale. On rencontre assez fréquemment à l'Institut des cas où le bacille est visible trois semaines après la convalescence.

Il est extrêmement important au point de vue de la santé publique de reconnaître ces cas qui expliquent la recrudescence de la diphthérie, coïncidant parfois avec la rentrée des classes : ils nous éclairent également sur la nature des épidémies éclatant dans les écoles à intervalles irréguliers.

En passant, on remarquera que ce genre d'épidémie, en l'absence d'évidence de contagion d'un malade à l'autre, révèle la relation intime existant entre le drainage défectueux et la diphthérie, rapport découvert aujourd'hui, grâce à la bactériologie. Les médecins sont maintenant persuadés de la nécessité de l'examen bactériologique avant qu'un malade convalescent de la diphthérie puisse être sans danger de contamination, ramené au milieu des siens, même quand la guérison semble parfaite au point de vue clinique. De plus, lorsqu'on aura fermé momentanément une école par suite



d'une épidémie diphthérique, on ne devra laisser rentrer aucun élève dont la gorge n'ait été examinée préalablement, qu'il ait eu ou non la diphthérie.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Des effets de la section des muscles de la nuque**, par le prof. G. MASINI (*Boll. dell. mal. orecchio.. gola e naso*, oct. 1897).

Lorsque l'on coupe les muscles de la nuque à un lapin ou à un chien, bien que ces muscles n'aient aucune relation avec ceux des extrémités, on voit survenir des troubles moteurs caractérisés par une notable incertitude de la marche.

L'animal paraît avoir perdu la faculté de se diriger. Il écarte les membres antérieurs pour avoir un point d'appui plus large, et s'il essaie de marcher, il titube. Cet état persiste pendant longtemps.

Chez le chat, ces phénomènes sont moins accentués, et ils sont à peine appréciables chez le cobaye.

C'est Magendie qui observa le premier les effets de la section des muscles de la nuque; il en attribuait la cause à une diminution de pression du liquide cérébro-spinal.

Pour Flourens, c'était la conséquence d'une lésion du cervelet.

Schiff y voyait le résultat d'une anémie du cervelet produite par la compression de la caisse du tympan sur l'artère vertébrale. Il avait remarqué que ces phénomènes sont d'autant moins marqués que l'animal a une caisse du tympan moins développée.

L'auteur montre que les théories de Magendie et de Flourens ne sauraient être soutenues.

Celle de Schiff est en contradiction avec les données anatomiques et l'expérimentation.

Il est évident qu'après la section des muscles de la nuque, la tête tombe en avant, s'appuie sur la poitrine, ce qui fait que les rapports de situation des diverses parties de l'oreille interne sont changés.

Il se fait un brusque changement dans l'équilibre du liquide endo-auriculaire et des otolithes.

L'auteur admet alors qu'il en résulte une excitation anormale des canaux demi-circulaires, avec images acoustiques incoordonnées. De là une désorientation complète de l'animal, et un trouble réflexe du côté du bulbe spinal. Cette théorie permet d'expliquer les divers troubles moteurs que l'on observe après la section des muscles de la nuque.

H. DU F.

**Anévrisme du tronc brachio-céphalique**, par H. MORESTIN (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, p. 839, novembre-décembre 1897).

Le malade était un homme déjà opéré auparavant dans un autre hôpital parisien et qui succomba cette fois malgré qu'on eût pratiqué la trachéotomie.

L'auteur trouva à l'autopsie un gros anévrisme débutant à l'origine du tronc brachio-céphalique et se prolongeant en haut sur la carotide primitive et sur la sous-clavière. La trachée était déformée et aplatie, le récurrent droit, allongé, entraîné dans le thorax par la tumeur, difficile à reconnaître par la dissection.

La compression de la trachée, les tiraillements exercés sur le récurrent et le nerf vague expliquent l'intensité des accidents respiratoires.

A. G.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

### ANGLETERRE

#### Pharynx et Varia

**F. W. Jollye**. Affections de la gorge dans l'influenza (*Brit. med. journ.*, 30 mars 1895).

**Leech et Grosvenor**. Epithélioma de l'œsophage avec perforation de la trachée (*Pathol. soc. of Manchester*, 13 mars; in *Brit. med. journ.*, 6 avril 1895).

**A. J. F. Skottowe**. Un cas de diphthérie traité par l'antitoxine (*Glasgow med. journ.*, avril 1895).

**W. Anderson**. Malade atteint de myxoedème congénital présenté après le traitement par l'extrait thyroïdien (*Glasgow med. chir. soc.*; in *Glasgow med. journ.*, avril 1895).

**T. J. Thyne**. Intubation dans la diphthérie (*Brit. med. journ.*, 13 avril 1895).

**G. S. Woodhead**. Sérum antitoxique (*Midland med. soc.*, 3 avril; in *Brit. med. journ.*, 13 avril 1895).

**J. Sendziak**. Quelques remarques sur l'angine dite folliculaire et ses rapports avec la diphthérie (*Journ. of lar. rhin. and otol.*, avril et mai 1895).

**F. M. Mackay**. Diphthérie et traitement antitoxique (*Royal med. soc.*; in *Edinburgh med. journ.*, mai 1895).

**J. Purves Stewart**. Tuberculose de l'amygdale (*Brit. med. journ.*, 4 mai 1895).

**H. Peck**. Transmission de la diphthérie par les personnes indemnes (*Brit. med. journ.*, 4 mai 1895).

**R. Fullerton.** Anomalies des piliers de la gorge probablement congénitale (*Brit. med. journ.*, 4 mai 1895).

**T. K. Monro.** Cas d'ulcération simultanée des tissus lymphatiques de la gorge et de l'intestin, avec suppuration des glandes correspondantes du cou et du mésentère (*Glasgow med. journ.*, mai 1895).

**E. L. Marsh.** Nouvelles notes sur des cas de diphthérie traités par l'antitoxine (*Glasgow med. journ.*, mai 1895).

**L. Wilde.** Suppression de l'urine dans la diphthérie (*Brit. med. journ.*, 11 mai 1895).

**Lennox Browne.** Etude comparée du traitement de la diphthérie, surtout par l'antitoxine (*Journ. of lar. rhin. otol.*, mai 1895).

**C. O. Hawthorne.** Maladie de Graves chez un malade atteint de rhumatisme articulaire et de sténose mitrale (*Glasgow med. chir. soc.*; in *Glasgow med. journ.*, juin 1895).

**A. S. Cooke.** Quelques tumeurs de la glande thyroïde (*Brit. med. journ.*, 8 juin 1895).

**Mantle.** Traitement antitoxique de la diphthérie (*Leeds and West riding med. chir. soc.*; in *Brit. med. journ.*, 8 juin 1895).

**J. R. Purdy.** Un cas de diphthérie traité par l'antitoxine (*Brit. med. journ.*, 15 juin 1895).

**F. M. Pope.** Un cas de paralysie diphthéritique; alimentation forcée sous le chloroforme pendant dix jours; guérison (*Brit. med. journ.*, 15 juin 1895).

**De Havilland Hall.** Un cas de mycosis fongoïde (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 10 avril 1895).

**W. Hill.** Epithélioma du pharynx (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 10 avril 1895).

**Butlin.** Masse importante de glandes malignes du cou, avec paralysie des nerfs sympathiques correspondants et immobilité du même côté du larynx (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 8 mai 1895).

**W. R. H. Stewart.** Fistule du cou (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 8 mai 1895).

**J. D. Gimlette.** Le myxœdème et la glande thyroïde (Churchill, éditeurs, Londres, 1895).

**Lennox Browne.** La diphthérie et ses associations (Baillière, Tindall and Cox, éditeur, Londres, 1895).

**C. O. Hawthorne.** Quatre observations de parotidite secondaire (*Glasgow med. journ.*, juillet 1895).

**J. H. Carslaw.** Notes sur deux cas de parotite compliquant l'influenza et la pneumonie (*Glasgow med. journ.*, juillet 1895).

**J. W. White.** Observation d'un médecin atteint de diphthérie traitée par le sérum de Behring (*Glasgow med. journ.*, juillet 1895).

**H. C. L. Morris.** Notes sur l'étiologie du goitre (*Brit. med. journ.*, 6 juillet 1895).

**L. Roper.** Amygdalotome perfectionné (*Brit. med. journ.*, 6 juillet 1895).

**W. Williams.** Les chats et la diphthérie (*Brit. med. journ.*, 13 juillet 1895).

**R. Fitz Gerald.** Diphthérie puerpérale (*Brit. med. journ.*, 13 juillet 1895).

**A. J. Anderson.** Angiôme du pharynx (*Brit. med. journ.*, 13 juillet 1895).

**T. A. Glover.** Etiologie du goitre (*Brit. med. journ.*, 13 juillet 1895).

**Guye.** Formation de calculs salivaires sur les incisives inférieures causée par la respiration buccale habituelle (*Journ. of lar. rhin. and otol.*, juillet 1895).

**Charnley.** Lymphosarcôme des amygdales (*Birmingham med. review*, juin 1895).

**B. Fraenkel et J. Macintyre.** Nature infectieuse de l'amygdalite lacunaire (*Brit. med. ass. sect. of lar.*, 1<sup>er</sup> août; in *Brit. med. journ.*, 26 octobre 1895).

**H. M. Biggs.** Emploi de l'antitoxine diphthéritique pour l'immunisation (*Brit. med. journ.*, 31 août 1895).

**F. A. Dixey.** Statistique vitale de la diphthérie à Londres de 1891 à 1895 (*Brit. med. journ.*, 31 août 1895).

**D. R. Oswald.** Cas de diphthérie traité par le sérum. Trachéotomie. Guérison (*Brit. med. journ.*, septembre 1895).

**J. W. H. Brown.** Cas de diphthérie traité par l'antitoxine (*Brit. med. journ.*, 28 septembre 1895).

**J. F. W. Silk.** Anesthésie dans les opérations de la gorge. Etude clinique (*Practitioner*, octobre 1895).

**G. T. Butlin, J. R. Morison, W. W. Kenn, C. J. Symonds, A. W. M. Robson, J. Berry, C. B. Keetley, A. E. J. Barker, J. Lloyd, T. Thomas, R. C. Chicken, et C. W. Cathcart.** Discussion sur le traitement chirurgical des kystes, adénomes et carcinomes de la glande thyroïde et de ses annexes (*Brit. med. journ.*, 12 octobre 1895).

**E. Wright et D. Semple.** Note sur l'emploi de l'antitoxine diphthéritique comme moyen de culture pour le bacille de la diphthérie (*Brit. med. journ.*, 12 octobre 1895).

**L. Roper.** Syphilis congénitale du palais et du larynx (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 9 octobre 1895).

**Kanthack.** Cancer du pharynx chez une femme (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 9 octobre 1895).

**F. Semon.** Ulcération tuberculeuse du voile du palais, de la luette, de l'amygdale droite et du larynx (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 9 octobre 1895).

**W. Berry et J. Kirk.** Un cas de diphthérie traité par l'antitoxine (*Brit. med. journ.*, 2 novembre 1895).

**Gamgee.** Tumeur thyroïdienne (*Midland med. soc.*; in *Brit. med. journ.*, 2 novembre 1895).

**W. Edmunds.** Kyste thyroïdien accessoire (*Pathol. soc. of London*, 19 novembre; in *Brit. med. journ.*, 23 novembre 1895).

**A. E. Wright et W. A. Hollis.** Antitoxine diphthéritique comme moyen de culture pour le bacille diphthéritique (*Brit. med. journ.*, 23 et 30 novembre 1895).

**Lennox Browne.** Le sérum antidiphthéritique à Londres (*Brit. med. journ.*, 23 novembre 1895).

**Morgan.** Rec de lièvre, fente palatine, etc (*Clin. soc. of London*, 22 novembre; in *Brit. med. journ.*, 30 novembre 1895).

**Holmes.** Goitre sporadique; ses variétés et les résultats de son traitement moderne (*Lancet*, 9 novembre 1895).

**R. T. Hewlett.** Traitement antitoxique et sérothérapie (*Practitioner*, décembre 1895).

**A. Bronner.** Coupe d'un myxôme hémorragique de l'amygdale linguale chez un albuminurique (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 13 novembre 1895).

**E. Loew.** Lupus pharyngo-laryngé (Comptes-rendus de la Soc. lar. de Londres, 13 novembre 1895).

**W. R. H. Stewart.** Affection maligne de l'œsophage chez une jeune fille de 23 ans (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 13 novembre 1895).

**Dundas Grant.** Tuméfaction de la glande sous-maxillaire due à un calcul salivaire (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 13 novembre 1895).

**W. T. Thomas.** Tentative de suicide; ligature de toutes les carotides et des jugulaires d'un côté, emploi d'une solution salée; guérison (*Brit. med. journ.*, 7 décembre 1895).

**B. R. Martin.** Traitement de la diphthérie par l'application locale de germicides (*Brit. med. journ.*, 7 décembre 1895).

**G. D. Rolleston.** Dilatation de l'œsophage (*Brit. med. journ.*, 7 décembre 1895).

**J. N. Stone.** Cas isolé de diphthérie du à des égouts malpropres; traitement antitoxique (*Brit. med. journ.*, 21 décembre 1895).

**E. R. Peters.** Variétés de bacilles diphthéritiques (*Path. soc. of London*, 17 décembre; in *Brit. med. journ.*, 21 décembre 1895).

**J. H. Abram.** Goitre exophtalmique (*Lancet*, 16 novembre 1895).

**S. Tidey.** Amygdalite septique comme affection spécifique aiguë (*Lancet*, 14 décembre 1895).

**H. Peck.** Transmission de la diphthérie par les personnes indemnes (*Lancet*, 14 décembre 1895).

**A. B. Nade.** Noyau de tamarinier logé dans la bronche droite; autopsie (*Lancet*, 14 décembre 1895).

**W. Downie.** Aproxie, convulsions et adénite, provenant de transformations pathologiques des amygdales, de la gorge, de la langue et du pharynx (*Glasgow med. journ.*, janvier 1896).

**J. H. Nicoll.** Etiologie et traitement des hypertrophies chroniques des glandes lymphatiques et surtout de celles du cou (*Glasgow med. journ.*, janvier 1896).

**T. F. H. Smith.** Hypertrophie thyroïdienne; disparition de la glande suivie de myxœdème (*Brit. med. journ.*, 4 janvier 1896).

**J. A. Codd.** Maladie de Graves accompagnée d'hypertrophie du thy-mus (*Birmingham and midland counties branch. of the brit. med. ass.*, 29 novembre 1895; in *Brit. med. journ.*, 4 janvier 1896).

**Trevelyan.** Pathologie de la diphthérie (*Leeds and west riding med. chir. soc.*, 3 décembre 1895; in *Brit. med. journ.*, 4 janvier 1896).

**J. J. Burgess.** Accidents rares dans deux cas d'affections de la gorge (*Royal acad. of med. in Ireland*, 13 décembre 1895; in *Brit. med. journ.*, 4 janvier 1896).

**Clifford-Beale.** Pièces d'infiltration tuberculeuse du pharynx et de la langue (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 11 décembre 1895).

**E. Stabb.** Affection thyroïdienne consécutive à une opération (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 11 décembre 1895).

**E. B. Wagget.** Cas à diagnostiquer (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 11 décembre 1895).

**A. E. Barker.** Suites d'un cas de kyste thyroïdien accessoire (*Pathol. soc. of London*, 7 janvier; *Brit. med. journ.*, 11 janvier 1896).

**S. Martin et H. R. Smith.** Cas de diphthérie traités par l'antitoxine à l'« University college hospital » (*Brit. med. journ.*, 25 janvier 1896).

**G. R. Murray.** Quelques effets de la thyroïdectomie chez les animaux inférieurs (*Brit. med. journ.*, 25 janvier 1896).

**A. A. Kanthack et T. W. W. Stephens.** Pénétration du bacille diphthérique dans le sang et les organes (*Brit. med. journ.*, 25 janvier 1896).

**N. Pitt.** Epithélioma œsophagien (*Brit. med. journ.*, 25 janvier 1896).

**J. F. Roy-Wylie.** Myxœdème traité avec succès par l'extrait thyroïdien (*South african med. journ.*, janvier 1896).

**J. M. Key.** Un cas de diphthérie guéri par l'antitoxine (*South african med. journ.*, janvier 1896).

**W. H. Haw.** Evolution du traitement antitoxique de la diphthérie (*South african med. journ.*, janvier 1896).

**R. T. Hewlett et H. Nolan.** Résultats de l'examen bactériologique de 100 cas de diphthérie supposée (*Brit. med. journ.*, 1<sup>er</sup> février 1896).

**A. Ruffer.** Cas de diphthérie traités par l'antitoxine à l'« University college hospital » (*Brit. med. journ.*, 1<sup>er</sup> février 1896).

**Barclay Ness et Middleton.** Cas de crétinisme sporadique (*Glasgow pathol. and clin. soc.*, 11 novembre 1895; in *Glasgow med. journ.*, février 1896).

**J. H. Sequeira.** Affections pharyngées chroniques et leurs rapports avec la diphthérie (*Lancet*, 18 janvier 1896).

**Sir William Stokes.** Important bronchocèle cystique nécessitant l'ablation totale de la glande thyroïde (*Lancet*, 4 janvier 1896).

**E. Owen.** Traitement opératoire de la fente palatine (*Lancet*, 4 janvier 1896).

**Bond.** Spasme chronique du pharynx et du voile du palais (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 8 janvier 1896).

**C. Cripps.** Cas à diagnostiquer (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 8 janvier 1896).

**D. Newman.** I. Epithélioma de l'amygdale gauche, du pilier postérieur gauche et de la luette. II. Cancer de l'amygdale et du voile du palais (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 8 janvier 1896).

**W. Rushton Parker.** Crétin traité par l'extrait thyroïdien (*Brit. med. journ.*, 8 février 1896).

**G. R. Murray.** Suite de l'observation du premier cas de myxœdème guéri par l'extrait thyroïdien (*Brit. med. journ.*, 8 février 1896).

**Abram.** Anatomie de la glande thyroïde (*Liverpool med. inst.*, 6 février; in *Brit. med. journ.*, 15 février 1896).

**T. Harris.** Myxœdème (*Manchester med. soc.*, 5 février; in *Brit. med. journ.*, 15 février 1896).

**N. Raw et A. Winkfield.** Diphthérie et traitement antitoxique (*Brit. med. journ.*, 15 février 1896).

**Bury.** Paralysie diphthéritique (*Pathol. soc. of Manchester*; in *Brit. med. journ.*, 29 février 1896).

**E. Woakes.** Nouvel abaisse-langue (*Brit. med. journ.*, 29 février 1896).

**Lennox Browne.** Sur l'abolition des gargarismes dans le traitement des maladies de la gorge (*Brit. lar. rhin. and otol. ass.*; in *Journ. of lar. rhin. and otol.*, mars 1896).

**C. Dukes.** Angines communes observées sur quatre cents adolescents pendant une période de 25 ans (*Lancet*, 15 février 1896).

**Watson Cheyne.** Cancer de la langue et du pharynx (*Lancet*, 22 février 1896).

**Lennox Browne.** Hypertrophie chronique et varices de l'amygdale linguale (*Liverpool med. chir. journ.*, février 1896).

**L. Cobbett.** Etude sur la sérothérapie de la diphthérie (*Journ. of path. and bacter.*, janvier 1896).

**Rawdon.** Rétrécissement de l'œsophage (*Liverpool med. inst.*; in *Brit. lar.*, 7 mars 1896).

**Ch. J. Symonds.** Corps étrangers des voies aériennes et alimentaires (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 12 février 1896).

**S. Taylor.** Angine de Ludwig (*West London med. chir. soc.*, 6 mars; *Brit. med. journ.*, 14 mars 1896).

**T. H. Thomson.** Incubation des cultures diphthériques (*Brit. med. journ.*, 14 mars 1896).

**R. Hutchinson.** Note préliminaire sur la substance thyroïdienne active (*Brit. med. journ.*, 21 mars 1896).

**S. G. Shattock.** Adénomes thyroïdiens multiples (*Pathol. soc. of London*; in *Brit. med. journ.*, 21 mars 1896).

**J. Berry.** Séries de kystes et adénomes thyroïdiens (*Pathol. soc. of London*; in *Brit. med. journ.*, 21 mars 1896).

**C. Ogle.** Sarcome de l'œsophage (*Pathol. soc. of London*; in *Brit. med. journ.*, 21 mars 1896).

**L. Lawrence.** Tumeur de la voûte palatine chez une fillette (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 11 mars 1896).

**Dundas Grant.** Sinus cervical allongé ressemblant à une fistule branchiale (Compte rendu de la Soc. lar. de Londres, 11 mars 1896).

**H. Tilley.** Tumeur pharyngienne probablement syphilitique (Compte rendu de la Soc. lar. de Londres, 11 mars 1896).

**Sir Willoughby Wade.** Remarques sur l'amygdalite causant la fièvre rhumatismale (*Brit. med. journ.*, 4 avril 1896).

**J. T. Williams.** Kyste thyroïdien chez un enfant de 11 mois. Opération. Guérison (*Brit. med. journ.*, 18 avril 1896).

**W. R. Parker.** Eczéma guéri par l'extrait thyroïdien (*Brit. med. journ.*, 18 avril 1896).

**E. L. Marsh.** Diphthérie traitée par l'antitoxine; statistique des résultats obtenus à l'hôpital des fiévreux de Glasgow (*Glasgow med. journ.*, mai 1896).

**Finlayson.** Crétin soigné par le traitement thyroïdien (*Glasgow path. and clin. soc.*; in *Glasgow med. journ.*, mai 1896).

**D. N. Knox.** Actinomycose de la joue et du cou (*Glasgow path. and clin. soc.*; in *Glasgow med. journ.*, mai 1896).

**C. P. B. Clubbe et W. F. Lichtfield.** Court article sur les cent premiers cas de diphthérie traités par l'antitoxine à l'hôpital d'Enfants de Sidney, comparés avec les 100 cas précédés, soignés sans antitoxine (*Australasian med. gaz.*, 20 février 1896).

**W. Edmunds.** Nouvelles observations et recherches sur la pathologie de la maladie de Graves (*Pathol. soc. of London*; in *Brit. med. journ.*, 30 mai 1896).

**J. O. Symes.** Diphthérie des chats (*Brit. med. journ.*, 6 juin 1896).

**F. A. Craig.** Paralysies de la sixième et de la septième paire chez un enfant atteint de coqueluche (*Brit. med. journ.*, 13 juin 1896).

**L. Lack.** Lupus pharyngien (Compte rendu de la Soc. lar. de Londres, 13 mai 1896).

**Scanes Spicer.** Mycosis des amygdales et du pharynx (Compte rendu de la Soc. lar. de Londres, 13 mai 1896).

**F. Semon.** Abcès rétro-pharyngien chronique chez l'adulte (Compte rendu de la Soc. lar. de Londres, 13 mai 1896).

**W. R. Parker.** Crétin goitreux traité par l'extrait thyroïdien (*Brit. med. journ.*, 27 juin 1896).

**R. Norris. Wolfenden.** Les écoliers et la diphthérie (*Journ. of lar. rhin. and otol.*, juillet 1896).

**J. G. M' Naughton.** Notes sur 17 cas consécutifs de diphthérie traités par l'antitoxine (*Edinburgh med. journ.*, juillet 1896).

**J. B. Russell.** La prédominance de la diphthérie à Glasgow (*Public health*, juillet 1896).

**A. Hill.** La diphthérie à Birmingham (*Public health*, juillet 1896).

**H. Kenwood.** L'origine de la diphthérie (*Public health*, juillet 1896).

**W. Lake.** Les moyens de dominer la diphthérie (*Public health*, juillet 1896).

**T. O. Dudfield.** Traitement de la diphthérie par l'antitoxine (*Public health*, juillet 1896).

**A. Mande.** Notes sur le traitement de la maladie de Graves par le thymus (*Lancet*, 18 juillet 1896).

**J. Dreschfeld.** Notes sur la maladie de Graves (*Practitioner*, août 1896).

**A. Brown Kelly.** Mycosis pharyngé leptothrix et kératose pharyngienne (*Glasgow med. journ.*, août 1896).

**J. C. Tresh, F. A. Dixey, W. H. Cooper-Pattin, E. F. Trevelyan et J. F. Allan.** Discussion sur la diphthérie en ville et à la campagne (*Brit. med. journ.*, 22 août 1896).

**G. Sharp.** Relation du sol avec la diphthérie (*Brit. med. journ.*, 22 août 1896).

**W. Hill.** Guillotine amygdalienne (*Brit. med. journ.*, 26 septembre 1896).



## NOUVELLES

VI<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

Londres, 1899.

Le VI<sup>e</sup> Congrès International d'otologie se tiendra à Londres les 8, 9, 10, 11 et 12 août 1899.

Il sera présidé par le Dr Urban PRITCHARD, professeur d'otologie au Kings College de Londres. M. A. E. CUMBERBATCH s'est chargé des fonctions de trésorier.

Le Comité d'organisation a décidé qu'en dehors de toutes les questions ayant trait à l'otologie, il y aura une discussion générale sur les *Indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans l'otite moyenne suppurée chronique*.

Le comité se tient à la disposition de tous ceux qui adhéreront au Congrès pour donner tous les renseignements qui pourront être demandés. S'adresser au secrétaire, le Dr E. CRESWELL BABER, 46, Brunswick Square, Brighton, Angleterre.

Le XII<sup>e</sup> Congrès français de Chirurgie s'est réuni à Paris le 17 octobre dernier. Au programme figuraient :

*Oreille*. — Absès du cervelet consécutifs aux suppurations de l'oreille, par PICQUÉ et MAUCLAIRE (Paris). — De la réunion immédiate du pavillon après l'ouverture large de l'antre et de la caisse, par MOURE (Bordeaux).

*Fosses nasales, langue et larynx*. — Extirpation d'un gros polype naso-pharyngien par la méthode de Doyen, par CHIBRET (Aurillac). — Sur l'extirpation des néoplasmes de la base de la langue, par Ch. REMY (Paris). — Technique des tailles laryngées, par CASTEX (Paris).

*Mâchoires*. — Nouveau procédé plastique pour la constriction cicatricielle des mâchoires, par CECI (Pise).

*Traitement chirurgical du goître (cancer et goître)*, exophthalmique exceptés, par J. REVERDIN, rapporteur. — 200 opérations de goître, par JULLIARD (Genève). — Traitement du goître, par la thyroïdectomie, par la méthode de Socin et par la ligature des artères thyroïdiennes, par LAVISÉ (Bruxelles). — Traitement du goître, par ROUX (Lausanne), PONCET (Lyon), GIRARD (Berne), SCHWARTZ (Paris). — Sur l'extirpation partielle du goître, par P. REYNIER (Paris). — Sur 25 cas d'opération pour le goître, par TÉDÉNAT (Montpellier). — Traitement chirurgical du goître, par DOYEN (Paris), BOECKEL (Strasbourg), JONNESCO (Bucarest). — Le goître aigu suppuré, par LEJARS (Paris). — Cancer thyroïdien et strumite, par KUMMER (Genève). — De la blessure de l'œsophage dans l'extirpation du goître, par FONTAN (Toulon). — Le cancer thyroïdien, par RIVIÈRE (Lyon). — Sur la fièvre thyroïdienne après les interventions sur la glande thyroïde, par BÉCARD (Lyon).

Le *British Medical Journal* annonce la mort du Dr R. ELLIS, décédé à Newcastle on Tyne, le 14 septembre, à l'âge de 67 ans, qui contribua à fonder dans cette ville, en 1878, un hôpital pour les maladies de l'oreille et de la gorge, auquel il resta toujours attaché. Ellis écrivit un ouvrage sur les affections de la gorge et de l'oreille qui eut 15 éditions.

Le IX<sup>e</sup> Congrès italien de médecine interne s'est réuni à Turin le 3 octobre dernier. Nous trouvons à l'ordre du jour :

G. MASINI (Gênes). — Sur la sécrétion interne des amygdales. — Influence de l'ablation partielle et totale du cerveau chez le pigeon sur certaines fonctions organiques. — Diagnostic, pronostic et traitement

des principales complications septiques des otites moyennes purulentes. — Insuffisance nasale en rapport avec les affections de l'arbre respiratoire. — Quelques névroses particulières du larynx. — U. MARTINI (Gênes). — Influence des bains de mer sur la fonction auditive. — Sur la transmission des sons par la voie de la sensibilité générale à propos de deux cas de tabès dorsal. — V. COZZOLINO (Naples). — Sur la valeur discutable des examens nécroscopiques eudo crâniens d'exsudats aigus et chroniques, sur leur étiologie et pathogénie, sans s'occuper des cavités auriculaires et nasales. — Démonstration d'un nouveau bacille filamenteux pathogène. — FORNACA (Turin). — Sur le pouvoir toxique des organes d'animaux diphthériques et sur quelques recherches d'opothérapie antidiphthérique. — COLLA (Turin). — Action de la toxine diphthérique sur le vague.

Le III<sup>e</sup> Congrès italien de Pédiatrie s'est réuni à Turin du 1<sup>er</sup> au 6 octobre. Nous relevons au programme :

De la diphthérie en général, par T. GUIDA (Naples). — De la diphthérie nasale, par E. MENSI (Turin). — Les associations bactériennes dans la diphthérie en rapport avec la sérothérapie, par L. CONCETTI (Rome). — Sur la valeur diagnostique du procédé de Neisser pour la recherche du bacille diphthérique, par COMBA et BIANCHI-MARCOTTI (Florence). — Sur la physio-pathologie de la paralysie diphthérique, par G. MYA (Florence). — Recherches expérimentales sur l'action de la toxine diphthérique dans les divers états de l'organisme, par RANELLETTI (Rome). — Sur la toxicité de l'urine dans l'infection diphthérique, par BIANCHI-MARCOTTI (Rome). — Le traitement moderne du croup laryngien, par F. MASSERI (Naples). — Sur l'intubation du larynx. Statistique et indications, par C. COMBA (Florence). — Intubation dans les laryngites consécutives à la rougeole, par FILI BONNAZOLA (Milan). — Epilepsie otitique chez une enfant guérie par la trépanation mastoïdienne, par F. CELLI (Cremona). — Présence du bacille de Koch dans le pus des otites chez les enfants, par F. CIMA (Naples). — Contribution à l'étude des affections de la bouche et des voies aériennes supérieures chez les enfants, par VIOLI et TAFTAS (Constantinople). — Le diagnostic et le traitement de l'abcès rétro pharyngien idiopathique chez les enfants, par E. MENSI (Turin). — Casuistique de productions sous linguales, par S. CANNARSA (Termini). — Asphyxie aiguë due à l'évacuation de glandes lymphatiques caséuses dans l'arbre respiratoire, par G. MYA (Florence). — Développement du larynx de la naissance à la douzième année, par D. GALATTI (Vienne). — Sur le traitement de la coqueluche, par E. MODIGLIANO (Florence). — Traitement de la coqueluche par des injections hypodermiques de sérum recueilli sur des animaux de la race bovine, par VIOLI (Constantinople). — Traitement de la coqueluche, par GARELLI et GIORELLI (Turin). — Nouvelle contribution à l'efficacité du traitement local de la coqueluche par la résorcine, par O. GAMBA (Rome). — Vaccination et revaccination dans la coqueluche, par S. CANNARSA (Termini). — La leucocytose dans la coqueluche, par F. CIMA (Naples), DEAMICIS et PACCHIONI (Florence). — Paraplégie due à la coqueluche, par E. LUISADA (Florence).

Le Dr H. KOSCHIER a été nommé privat-docent de laryngo rhinologie à la Faculté de Médecine de l'Université de Vienne.

La 3<sup>e</sup> session du Congrès périodique de Gynécologie obstétrique et pédiatrie aura lieu à Nantes en 1901.

M. SEVESTRE a été nommé Président général ; M. SEGOND, président pour la gynécologie ; M. QUEIREL, pour l'obstétrique ; M. GUILLEMOT, secrétaire général.

Le bureau de l'Association britannique de laryngologie, rhinologie et otologie est composé pour 1898-98 de la façon suivante :

Président : M. HURT (Liverpool) ; vice-présidents : DAVIDSON (Bournemouth), J. BARK (Liverpool), W. WINGRAVE ; Conseil : DUNDAS GRANT, W. HILL, G. MACDONALD, ABERCROMBIE, P. JAKIN, H. WOODS (Dublin) ; trésorier : Mc NEILL WHISTLER ; secrétaires honoraires, SAINT GEORGE REID et F. POTTER.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase) Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÈBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

CHAMPAGNE EUPÉPTIQUE DE CHOUBRY. Dyspepsie et vomissements post-opératoires.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

## OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Atlas-manuel des maladies du larynx, par GRÜNWALD. Edition française par A. Castex et P. Collinet (In-16 de 244 p avec 107 figures coloriées, prix 12 fr. J. B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1899).

Histology and Pathology of the middle turbinated bone (Histo-pathologie du cornet moyen, par F. C. Cobb (Extrait du *Journ. of the Boston soc. of med. sciences*, juin 1898).

Sur un procédé de résection de la cloison nasale, par E. MASSAL (Broch. de 60 p. Imprimerie Saint-Cyprien, Toulouse, 1898).

I. Serious consequences following intranasal operations (Accidents sérieux consécutifs aux opérations intra-nasales). — II. Colorado's climate upon the upperair passages (Influence du climat du Colorado sur les voies aériennes supérieures, par R. LEVY (Denver Colo, 1898).

Syphilis héréditaire précoce du larynx chez les enfants, par Y. ARSLAN (Extrait des *Arch. intern. de laryngol.*, 1897).

Altri cinque casi di angina e rinite pseudo difterica infettiva contagiosa da bacillo della setticemia del suini (Cinq nouveaux cas d'angine et rhinite pseudo diphthérique infectieuse contagieuse due au bacille de la septicémie des pores, primitive avec complication intra-crânienne par Y. ARSLAN (Extrait du *Boll. di Grassi*, 1898).

Sui neoplasmi del rinofaringe (Sur les néoplasmes rhino-pharyngiens, par Y. ARSLAN (Extrait de l'*Archivio ital. di otol. rin. e lar.*, janvier et mars 1898).

Carie endomastoïde primitiva con complicazione intracranica (Carie endomastoïdienne primitive avec complication intra-crânienne par Y. ARSLAN (Extrait de la *Riv. Veneta di Sc. med.*, 15 juin 1897).

Esperienze sui canali semi circolari dell'orecchio nei colombi quale contributo alla fisio-patologia di detti canali (Expériences sur les canaux semi-circulaires de l'oreille chez les pigeons comme contribution à la physio-pathologie de ces canaux, par A. TRIFILETTI (Extrait de la *Gazz. degli osp.*, n° 103, 1898).

Sur le traitement de l'empyème des cellules ethmoïdales, par C. GORIS (Broch. de 7 p. Impr. H. Mommens, Bruxelles, 1898).

Sur un cas de goitre péri-trachéal et rétrosternal suffocant opéré *in extremis*. Guérison, présentation de la malade et de la tumeur, par C. GORIS (Extrait des *Ann. de la Soc. belge de chir.*, n° 5, 1898).

Sobre una forme de laringitis aguda de la infancia que se confunde con el croup (Sur une forme de laryngite aiguë de l'enfance se confondant avec le croup, par R. CASTANEDA (Broch. de 18 p. Impr. F. Jorret, Saint-Sébastien, 1898).

Du moment opportun de la trépanation de la mastoïde, par POLO (Extrait de la *Gaz. méd. de Nantes*, 1897).

Turbinotomie. Méthode opératoire, par R. P. LINCOLN (Extrait du *Brit. med. journ.*, n° 1924, 1898).

Was können wir ohne Schnecke hören? (Que pouvons nous entendre sans limaçon? par A. OESCH (Broch. de 66 p. avec une planche, prix 5 fr. B. Schwabe, éditeur, Bâle, 1898).

Report of a case of severe hemorrhage following paracentesis of the drum membrane (Observation d'hémorrhagie grave consécutive à la paracentèse de la membrane du tympan, par J. F. Mc KERNON (Extrait du *Laryngoscope*, Saint-Louis, mai 1898).

Three cases of intracranial abscess the first two cerebellar and fatal (autopsies); the third subdural (recovery) with remarks (Trois cas d'abcès intra-crâniens, les deux premiers cérébelleux et mortels (autopsies); le troisième sous-dural (guérison); avec remarques, par J. F. Mc KERNON (Extrait des *Arch. of otol.* Vol. XXVII, n° 3; 1898).

Serumtherapie der Ozaena (Sérothérapie de l'ozène, par O. FRANKENBERGER (Tiré à part de la *Klin. therap. Woch.*, nos 39-40, 1898).

Le Gérant : G. MASSON.

